



**Formulaire de consentement au traitement des données à caractère personnel concernant la santé par AG Insurance**

*en vue de l'exécution de la pension complémentaire et/ou l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle (supprimer ce qui ne convient pas)*

Nom:

Prénom:

Je déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG Insurance et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques.

J'ai été informé de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG Insurance se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales relatives à ma pension complémentaire et/ou à mon assurance maladie liée à l'activité professionnelle (supprimer ce qui ne convient pas) auprès d'AG Insurance.

Date: .././....

Signature