



LUNETTES POUR TOUS

Formulaire de consentement de transmission des données

Protection des données personnelles

Fait à XXX le XXX

Je soussigné(e), XXX, souhaite bénéficier de l'avance de frais de santé sur la prestation fournie par Lunettes pour tous enregistrée à l'assurance maladie sous le numéro XXX.

Je déclare autoriser la société Lunettes Pour Tous à procéder à la transmission de mes données personnelles nécessaires dans le cadre strictement défini par le présent formulaire.

Ces données sont recueillies par la société Lunettes pour Tous (RCS Paris 798 706 453) dont le siège social est situé au 6 rue de braque 75003 Paris, et ont pour finalité le traitement de ma demande de remboursement auprès de mon organisme complémentaire d'Assurance Maladie.

Les données collectées sont destinées à la plateforme en charge du contrôle de mes droits, du calcul du remboursement et de la traçabilité des échanges effectués ainsi qu'à mon assurance maladie complémentaire pour le traitement administratif de la demande. Elles seront conservées le temps nécessaire au traitement de la demande.

Je déclare avoir été informé(e) de mon droit d'accès, de modification, de limitation d'utilisation et de rectification des données me concernant suivant les directives RGPD en vigueur, que je peux exercer auprès de la société Lunettes Pour Tous (à l'adresse du 6 rue de braque 75003 paris - Service Juridique & RGPD) ou à l'adresse mail suivante : RGPD@lunettespourtous.com

Signature du patient précédé de la
mention "Lu et approuvé(e)"

"Lu et approuvé(e)"