

FICHE DE TRANSMISSION – LEVEE DE SECRET MEDICAL  
A REMPLIR ET SIGNER PAR LA PERSONNE A ASSURER

1 - Je soussigné, **MERCURY** **LUC** choisis, pour des raisons personnelles, d'envoyer mon dossier par fax ou courriel à mon conseiller au sein du cabinet AS DU GRAND LYON.

2 - J'adresse également au cabinet AS DU GRAND LYON, par courrier, l'ensemble des pièces originales du dossier accompagnées du présent imprimé placé en tête du dossier à l'adresse suivante :

**AS DU GRAND LYON**  
BP206  
69152 DECINES CEDEX

3 - Je soussigné *Luc Mercury* autorise mon conseiller au sein du cabinet AS DU GRAND LYON à recevoir et à transmettre aux compagnies d'assurance tous les documents médicaux quels qu'ils soient dans le but de me proposer une assurance couvrant mon prêt. J'ai bien noté que ces pièces serviront uniquement à l'étude de ma demande d'assurance emprunteur, et qu'elles seront détruites une fois transmises à la compagnie.

Fait à Avignon le 2017-02-01

Signature de la personne demandant à être assurée

X 