**Caisse Nationale d’assurance Maladie**

50 Avenue du Professeur André Lemierre

75020 PARIS

**Par lettre RAR**

Je soussigné(e) M/Mme……………………………………………

Né(e) le…………………………

Demeurant………………………………………………………………………………………………………………………………

Refuse de voir communiqués mes données d’identité civile telles que mes nom, prénom, date de naissance et genre ainsi que mon statut vaccinal par la CAISSE NATIONNALE D’ASSURANCE MALADIE à toute personne physique ou morale ou tout autre organisme.

En effet, la transmission de ces informations personnelles, fût-elle à mon médecin traitant, est une violation du secret professionnel, et est visé par l’article L.1110-4 du Code de la Santé publique :

*« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles a* ***droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant****».*

Par conséquent et dans le cas où ces informations confidentielles seraient divulguées, je prendrai toutes mesures nécessaires aux fins de porter plainte auprès des autorités compétentes.

A ce titre et en guise de rappel la violation du secret médical est expressément punie par l’article 226-13 du code pénal, lequel prévoit les sanctions pénales qui s’y rattachent :

*« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie* ***d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende****».*

Fait à …………………………………………………….

Le …………………………………………………………

Signature :