

**COURRIER RAR A NOTIFIER A LA CAISSE NATIONALE  
D'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE REFUS DE  
COMMUNICATION DE DONNEES PERSONNELLES ET MEDICALES**

---

Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
50 Avenue du Professeur André Lemierre  
75020 PARIS

Par lettre RAR

Je soussigné M/Mme.....  
Né(e) le..... à.....  
Demeurant.....

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

En effet, la transmission de ces informations personnelles, fût-ce à mon médecin traitant, est une violation du secret professionnel 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 toute mesure nécessaire 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 :