

**Vertragsnummer:**

Arbeitgeber:

Adresse:

**Mitarbeiter(in)**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Adresse:

**Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe**

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und den zuständigen Vorsorgestiftungen und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Vorsorgestiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die für die Durchführung der Personalvorsorge konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Personalien und Gesundheitsdaten innerhalb von Swiss Life zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs weitergegeben sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern wie auch an Gutachter übermittelt werden können.

Des Weiteren ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass ihre Daten im benötigten Ausmass zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer bedarfsgerechten und individuellen Hilfeleistung (Care Management/Case Management/Job Coaching) an die damit beauftragten Institutionen weitergeleitet werden. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass Swiss Life für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann.

Die Daten werden durch Swiss Life, die zuständige Vorsorgestiftung und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter(in)