

Ermächtigung und Einwilligung zur Datenweitergabe Care Management



Unternehmen:

Vertragsnummer: _____
Arbeitgeber: _____
Adresse: _____
Human Resources: _____ Vorgesetzte(r): _____
Telefonnummer: _____ Telefonnummer: _____
Mobile: _____ Mobile: _____
E-Mail: _____ E-Mail: _____

Mitarbeiter(in)

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Sozialversicherungsnummer: **756.** _____
Adresse: _____
Telefon / Mobile: _____
E-Mail: _____
Geschlecht: _____
Muttersprache / andere Sprachen: _____

Auftragsformulierung / Wünsche / fallspezifische Fragestellungen

Ziele

Bemerkungen

Ermächtigung

Die unterzeichnende Person ermächtigt ihren Arbeitgebenden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Swiss Life AG (als Geschäftsführerin der «Swiss Life»-Vorsorgestiftungen und/oder als Kollektiv-Lebensversicherer für Personalvorsorgestiftungen) zwecks Erbringung von Care Management Dienstleistungen betr. die unterzeichnende Person zu kontaktieren. Sie ermächtigt zudem die Swiss Life AG, Dritte, welche Care Management Dienstleistungen anbieten, entsprechend anzufragen.

Einwilligungserklärung Mitarbeiter(in)

Der/die unterzeichnende Mitarbeiter/Mitarbeiterin willigt ein, dass seine/ihre Daten im benötigten Umfang zum Zwecke der Abklärung, Evaluation und zur allfälligen späteren Initialisierung sowie der Durchführung einer Care Management Betreuung bzw. Begleitung vom Arbeitgebenden an die Swiss Life AG (als Geschäftsführerin der «Swiss Life»-Vorsorgestiftungen und/oder als Kollektiv-Lebensversicherer für Personalvorsorgestiftungen), bzw. von der Swiss Life AG an Dritte, welche Care Management Dienstleistungen anbieten, weitergegeben und von diesen bearbeitet werden dürfen. Die Daten werden vertraulich behandelt und werden nur im Rahmen des vorstehend erläuterten Zweckes verwendet/bearbeitet.

Ort und Datum

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Mitarbeiter(in)