

# Vollmacht 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

\_\_\_\_\_

## Vollmacht

Die unterzeichnende Person erteilt ihrem Arbeitgebenden die Vollmacht, im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Care Management) die Swiss Life AG («Swiss Life») als Geschäftsführerin ihrer Vorsorgestiftungen bzw. als Versicherungsgesellschaft für Personalvorsorge sowie deren auf Care Management spezialisierte Partnerunternehmung Aviga AG in Zürich («Aviga») zu kontaktieren.

## Einwilligungserklärung Mitarbeiter(in)

Der/die unterzeichnende Mitarbeiter/Mitarbeiterin willigt ein, dass seine/ihre Daten im benötigten Umfang zur Abklärung und zur allfälligen späteren Initialisierung einer Care Management Betreuung bzw. Begleitung vom Arbeitgeber an die Swiss Life AG, deren Vorsorgestiftungen und Kooperationspartnerin Aviga AG weitergegeben und von diesen bearbeitet werden dürfen. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der Abwicklung des personenbezogenen Care Managements.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber

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