

Numéro de contrat:

Employeur:

Adresse:

Collaborateur/collaboratrice

Nom, prénom:

Date de naissance:

N° d'assuré(e):

Adresse:

Libération du secret professionnel et de fonction, droit de consultation et de transmission des dossiers

La personne soussignée libère l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance actuelles et précédentes, les assureurs maladie et d'indemnités journalières en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que ses médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de Swiss Life et des fondations de prévoyance compétentes, dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque/traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life et à la fondation de prévoyance, au besoin, tous les renseignements nécessaires (données médicales comprises) et à leur donner le droit de consulter les dossiers. Seules les informations absolument nécessaires à l'application de la prévoyance en faveur du personnel sont recueillies. La personne soussignée accepte en outre que ses données personnelles et ses données de santé soient transmises au sein de Swiss Life à des fins de vérification des prestations et de lutte contre la fraude à l'assurance, ainsi qu'à d'autres assureurs et réassureurs concernés et à des experts.

La personne soussignée accepte également que ses données soient transmises dans la mesure nécessaire aux institutions mandatées aux fins de clarifications et d'ouverture ultérieure éventuelle d'une prestation de soutien individuelle et adaptée (Care Management/Case Management/Job Coaching). La personne soussignée prend du reste connaissance du fait que Swiss Life peut mandater des tiers pour le traitement et la conservation des données.

Les données sont traitées par Swiss Life, la fondation de prévoyance compétente et les tiers mandatés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisées que pour l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

Lieu et date

Signature du collaborateur/de la collaboratrice