

Autorisation et consentement au transfert de données Care Management



Entreprise:

Numéro de contrat:	_____
Employeur:	_____
Adresse:	_____
Ressources humaines:	Supérieur hiérarchique: _____
N° de téléphone:	N° de téléphone: _____
Portable:	Portable: _____
E-mail:	E-mail: _____

Collaborateur/collaboratrice

Nom, prénom:	_____
Date de naissance:	_____
Numéro d'assuré(e) AVS:	756.
Adresse:	_____
Tél. fixe / portable:	_____
E-mail:	_____
Sexe:	_____
Langue maternelle / autres langues parlées:	_____

Formulation du mandat / souhaits / questions spécifiques au cas

Objectifs

Remarques

Autorisation

Dans le cadre de la gestion de la santé en entreprise, la personne soussignée autorise son employeur à contacter Swiss Life SA (en tant que gérante des fondations de prévoyance «Swiss Life» et/ou en tant qu'assureur vie collectif pour les fondations de prévoyance en faveur du personnel) afin de fournir des services de Care Management à son bénéficiaire. Elle autorise en outre Swiss Life SA à consulter en conséquence des tiers qui proposent des services de Care Management.

Déclaration de consentement du collaborateur / de la collaboratrice

Le collaborateur / la collaboratrice soussigné(e) accepte que ses données soient transmises par son employeur à Swiss Life SA (en tant que gérante des fondations de prévoyance «Swiss Life» et/ou en tant qu'assureur vie collectif pour les fondations de prévoyance en faveur du personnel), ou par Swiss Life SA à des tiers qui proposent des services de Care Management, dans la mesure nécessaire et à des fins de clarification, d'évaluation, d'éventuelle initialisation ultérieure ainsi que de mise en place d'un suivi ou d'un accompagnement Care Management. Les données seront traitées de manière confidentielle et ne seront utilisées / traitées que dans le cadre du but indiqué ci-dessus.

Lieu et date

Lieu et date

Signature de l'employeur

Signature du collaborateur / de la collaboratrice