

# Procuration et accord concernant la transmission de données Care Management



## Entreprise:

Numéro de contrat: \_\_\_\_\_  
Employeur: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ressources humaines: \_\_\_\_\_ Supérieur hiérarchique: \_\_\_\_\_  
N° de téléphone: \_\_\_\_\_ N° de téléphone: \_\_\_\_\_  
Téléphone portable: \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Collaborateur/collaboratrice

Nom, prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Numéro d'assuré AVS: **756.** \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
N° de tél. fixe/portable: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Sexe: \_\_\_\_\_  
Langue maternelle /  
autres langues parlées: \_\_\_\_\_

## Formulation du mandat/souhaits/questions spécifiques au cas

\_\_\_\_\_

## Objectifs

\_\_\_\_\_

## Remarques

\_\_\_\_\_

## Procuration

Dans le cadre de la gestion de la santé en entreprise (Care Management), la personne soussignée donne la procuration à son employeur pour prendre contact avec Swiss Life SA («Swiss Life») en tant que gérante de ses fondations de prévoyance ou en tant que compagnie d'assurance pour la prévoyance en faveur du personnel ainsi qu'avec son entreprise partenaire Aviga AG à Zurich («Aviga»), spécialisée dans le Care Management.

## Déclaration de consentement du collaborateur/de la collaboratrice

La personne soussignée accepte que ses données soient transmises à Swiss Life SA, ses fondations de prévoyance et son partenaire de coopération Aviga AG par son employeur et traitées par ces sociétés, dans la mesure nécessaire à la clarification et à l'ouverture ultérieure éventuelle d'un suivi ou d'un accompagnement Care Management. Les données sont traitées de manière strictement confidentielle et servent exclusivement au traitement du Care Management spécifique à la personne.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employeur

\_\_\_\_\_  
Signature du collaborateur/de la collaboratrice