

Numero di contratto:

Datore di lavoro:

Indirizzo:

Collaboratrice/tore

Cognome, nome:

Data di nascita:

N. d'assicurata/o:

Indirizzo:

Esonero dal segreto professionale e d'ufficio e diritto alla consultazione e alla trasmissione degli atti

La persona sottoscritta dichiara di liberare dal vincolo del segreto professionale, risp. d'ufficio, nei confronti di Swiss Life e delle fondazioni di previdenza competenti: l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione infortuni, altre e precedenti istituzioni di previdenza, l'assicurazione malattia e indennità giornaliera di malattia, eventuali assicurazioni estere nonché i medici curanti e autorizza le istituzioni di previdenza e le persone citate a fornire a Swiss Life e alle fondazioni di previdenza competenti le informazioni necessarie (compresi i dati medici) e a consultare i relativi atti, nella misura in cui ciò si renda necessario ai fini dell'allestimento della previdenza a favore del personale (esame del rischio/caso di previdenza concreto). Saranno richieste unicamente le informazioni necessarie per l'allestimento della previdenza professionale. La persona sottoscritta è inoltre d'accordo che i suoi dati personali e sullo stato di salute vengano inoltrati all'interno di Swiss Life e vengano trasmessi ad altri assicuratori e riassicuratori coinvolti nonché a periti per la verifica delle prestazioni e per la lotta contro gli abusi in materia d'assicurazione.

Inoltre, la persona sottoscritta è d'accordo che i suoi dati vengano inoltrati, nella misura necessaria, alle istituzioni incaricate per l'accertamento e l'eventuale avvio successivo di un'assistenza commisurata alle esigenze e individuale (Care Management/case management/job coaching). La persona sottoscritta prende atto che Swiss Life è autorizzata a incaricare terzi della conservazione e del trattamento di dati.

I dati vengono trattati da Swiss Life, dalla fondazione di previdenza competente e da terzi incaricati con la massima discrezione e servono esclusivamente alla gestione, come stabilito nel contratto, del contratto di previdenza o d'assicurazione.

Luogo e data

Firma del/la collaboratrice/tore