

Autorizzazione e consenso alla trasmissione di dati Care Management



Impresa:

Numero di contratto: _____
Datore di lavoro: _____
Indirizzo: _____
Human Resources: _____ Superiore: _____
Numero di telefono: _____ Numero di telefono: _____
Cellulare: _____ Cellulare: _____
E-mail: _____ E-mail: _____

Collaboratrice/tore

Cognome, nome: _____
Data di nascita: _____
Numero d'assicurazione sociale: **756.** _____
Indirizzo: _____
Telefono / Cellulare: _____
E-mail: _____
Sesso: _____
Madrelingua / Altre lingue: _____

Formulazione dell'incarico / Desideri / Questioni specifiche al caso

Obiettivi

Osservazioni

Autorizzazione

La persona sottoscritta autorizza il proprio datore di lavoro a contattare Swiss Life SA (quale gerente delle fondazioni di previdenza "Swiss Life" e/o assicuratore collettivo sulla vita per fondazioni di previdenza a favore del personale) per l'erogazione di servizi Care Management relativi alla persona sottoscritta nell'ambito della gestione della salute in azienda. Autorizza, inoltre, Swiss Life SA a richiedere informazioni a terzi che offrono servizi di Care Management.

Dichiarazione di consenso del collaboratore/trice

La collaboratrice sottoscritta / Il collaboratore sottoscritto acconsente che i propri dati vengano trasmessi dal proprio datore di lavoro a Swiss Life SA (quale gerente delle fondazioni di previdenza «Swiss Life» e/o assicuratore collettivo sulla vita per le fondazioni di previdenza a favore del personale), oppure da Swiss Life SA a terzi che offrono servizi di Care Management, e che vengano elaborati nella misura necessaria ai fini dell'accertamento, della valutazione e dell'eventuale inzializzazione successiva nonché per l'esecuzione di un'assistenza o di un accompagnamento Care Management. I dati vengono trattati in modo confidenziale e vengono utilizzati/trattati solo nell'ambito dello scopo sopra menzionato.

Luogo e data

Luogo e data

Firma datore di lavoro

Firma del collaboratore/trice