

Autorisation



Numéro du contrat	
Nom	Prénom
Numéro AVS	Événement du

Le souscripteur prend acte du fait que la Fondation collective Vita Plus de la Zurich Compagnie d'Assurances sur la Vie SA (Vita), dans le cadre du traitement des prestations et des sinistres ainsi qu'à d'autres fins tel que le soutien à la réintégration, traite des données qui se rapportent à des personnes physiques (données personnelles). D'autres informations relatives à ce traitement sont disponibles dans la déclaration de protection des données de Vita. Cette déclaration de protection des données peut être consultée sur vita.ch/protection-des-donnees ou obtenue auprès de Fondation collective Vita Plus, Protection des données, Case postale, 8085 Zurich, datenschutz@zurich.ch.

Vita se réserve le droit, dans ce contexte ainsi que dans les autres cas cités dans la déclaration de protection des données, de transmettre les données personnelles – y compris les données relatives à la santé, le cas échéant – à des tiers. Le souscripteur s'engage à informer les tiers, dont vous transmettez les données personnelles à Vita, du traitement de leurs données personnelles par Vita.

Vita a besoin d'informations et de documents afin de clarifier son obligation de verser des prestations et le cas échéant de fournir les prestations d'assurance. Aussi, la personne soussignée consent à ce que

- les médecins,
- les hôpitaux,
- l'employeur,
- les bureaux officiels et autorités (p. ex. les autorités de poursuite pénale, la police, les services sociaux, les services d'aide sociale),
- l'assurance invalidité (AI) ou l'assurance-vieillesse et survivants (AVS),
- la (les) caisse(s) de pension,
- la (les) caisse(s) maladie,
- l' (les) assurance(s) accident obligatoire(s) ou privée(s),
- l'assurance militaire
- la (les) caisse(s) de chômage,
- d'autres assurances privées impliquées (p. ex. assurance indemnité journalière en cas de maladie, assurance vie, assurance responsabilité civile)
- et leur personnel

fournissent des renseignements à Vita et aux tiers mandatés par Vita, donnent accès à leurs dossiers, y compris les dossiers sur l'état de santé antérieur, et remettent des copies de documents. A cet effet, la personne soussignée libère les organismes précités de toute obligation de confidentialité. Vita traite les informations reçues conformément à la législation sur la protection des données. De plus amples informations sont disponibles sur vita.ch/protection-des-donnees

En outre, la personne soussignée consent expressément à ce que Vita transmette des informations et des documents en vue de la coordination avec d'autres assureurs et de la justification du recours à l'assurance à

- l'assurance invalidité,
- la caisse de pension,
- l'assurance-accidents obligatoire ou privée,
- l'assurance militaire
- d'autres assurances privées,
- des coassureurs et réassureurs.

Ces consentements et exemptions sont valables dans le cadre de leur objet, sans limite de temps. Ils peuvent être révoqués à tout moment par une déclaration sous forme écrite (p. ex. e-mail) à Vita. Une révocation n'est effective que pour l'avenir et peut conduire à ce que les prestations ne puissent pas être fournies. Vita peut continuer à traiter les données personnelles même en cas de révocation, dans la mesure où ce traitement est autorisé par la loi ou sert des intérêts prépondérants.

Lieu, date	Signature de la personne assurée
------------	----------------------------------

◀ Remarque

Votre **numéro de contrat** est indiqué sur votre attestation de prévoyance.

◀ Remarque

Maintien volontaire de l'assurance après l'âge de 58 ans, la relation de travail ayant été résiliée par l'employeur:

Il est possible d'obtenir la continuation de l'assurance soit avec une assurance épargne et risque, soit uniquement avec une assurance risque. La totalité des coûts serait à votre charge. L'inscription au maintien de l'assurance doit être effectuée dans les trois mois suivant la fin de la relation de travail. Êtes-vous intéressé? Prenez contact avec nous, nous sommes à votre disposition.

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé à:

**Zurich Suisse
Scanning BVG
Case postale
8085 Zurich**

prestationsLPP@zurich.ch

Dès que nous aurons reçu votre déclaration, nous nous procurerons tous les documents nécessaires afin de vérifier le droit aux prestations.