

Autorizzazione



Numero del contratto	
Cognome	Nome
Numero AVS	Evento del

La persona firmataria prende atto del fatto che, in relazione alla liquidazione del sinistro e delle prestazioni, oltre che per altre finalità, come ad esempio il sostegno alla reintegrazione, la Fondazione collettiva Vita LPP

– # ° † o° (Vita)

personali). Maggiori informazioni su tale trattamento sono consultabili nella dichiarazione sulla protezione dei dati di Vita. La presente dichiarazione sulla protezione dei dati è consultabile all'indirizzo vita.ch/protezione-dei-dati o può essere richiesta alla Fondazione collettiva Vita, Protezione dei dati, Casella postale, 8085 Zurigo, datenschutz@zurich.ch.

Vita si riserva il diritto di inviare a soggetti terzi i dati personali, compresi eventualmente quelli sullo stato di salute, in questo contesto e negli altri casi previsti dalla dichiarazione sulla protezione dei dati. La persona firmataria si impegna a informare i soggetti terzi i cui dati personali vengono forniti a Vita in merito al trattamento dei loro dati personali da parte di Vita.

Vita necessita di informazioni e documentazione per chiarire il suo obbligo di prestazione ed eventualmente per erogare le prestazioni assicurate. La persona firmataria acconsente pertanto a che

- i medici
- gli ospedali
- i datori di lavoro
- gli uffici e le autorità (p. es. autorità penali, polizia, servizi sociali, servizi di assistenza)
- l'assicurazione per l'invalidità (AI) e l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)
- la cassa/le casse pensioni
- la cassa/le casse malati
- l'assicurazione/le assicurazioni infortuni obbligatoria/obbligatorie o privata/private
- l'assicurazione militare
- la cassa/le casse di disoccupazione
- altre assicurazioni private coinvolte (p. es. assicurazione diaria per malattia, assicurazione sulla vita, assicurazione responsabilità civile)
- e il rispettivo personale

forniscano a Vita e agli incaricati o alle incaricate da Vita informazioni, consentano la presa visione dei suoi atti, compresi quelli sul precedente stato di salute e consegnino copie della documentazione. La persona firmataria esonera gli uffici menzionati dagli obblighi di segretezza relativamente a questo scopo. Vita tratta le informazioni ricevute in conformità con il diritto in materia di protezione dei dati. Ulteriori informazioni in proposito sono disponibili alla pagina vita.ch/protezione-dei-dati

La persona firmataria autorizza inoltre espressamente Vita a trasmettere informazioni e documentazione al fine di coordinarsi con altri assicuratori e per motivare eventuali regressi

- all'assicurazione per l'invalidità
- alla cassa pensioni
- all'assicurazione infortuni obbligatoria o privata
- l'assicurazione militare
- ad altre assicurazioni private
- a coassicuratori e riassicuratori

Questi consensi e queste esenzioni valgono nell'ambito del loro scopo senza limiti di tempo. Possono essere revocati in qualsiasi momento mediante dichiarazione in forma scritta (p. es. via e-mail) a Vita. Una revoca vale solo per il futuro e può comportare la mancata erogazione delle prestazioni. Vita può continuare a trattare dati personali anche in caso di revoca, nella misura in cui tale trattamento sia giuridicamente ammesso o abbia come scopo un interesse preponderante.

Luogo, data	Firma della persona assicurata
-------------	--------------------------------

◀ Nota

Il numero di contratto è indicato sul vostro certificato di previdenza.

◀ Nota

Continuazione volontaria dell'assicurazione dopo il 58° anno d'età, in quanto il rapporto di lavoro è stato disdetto dal datore di lavoro

È possibile una continuazione dell'assicurazione dopo il 58° anno d'età, sia per l'assicurazione di risparmio che per l'assicurazione di rischio. La continuazione volontaria è anche possibile solamente per l'assicurazione di rischio. I costi sono interamente a vostro carico. L'iscrizione per la continuazione volontaria dell'assicurazione deve essere fatta entro tre mesi dalla fine del rapporto lavoro.

Vi preghiamo di inviarci il formulario completo, debitamente compilato e firmato a:

**Zurich Svizzera
Scanning BVG
Casella postale
8085 Zurigo**

prestationsLPP@zurich.ch

Non appena avremo ricevuto la vostra notifica, ci procureremo tutti i documenti necessari e verificheremo il diritto alle prestazioni.