

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 Select della Zurigo Compagnia di Assicurazioni sulla Vita SA (Vita) tratta dati riferiti a persone fisiche (dati 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 Select, 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:**

Fondazione collettiva Vita Select della Zurigo Compagnia di Assicurazioni sulla Vita SA Casella postale 8085 Zurigo

vitaselect@pfs.ch

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