

PROCURATION

(À REMPLIR PAR LA PERSONNE ASSURÉE)

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

PERSONNE ASSURÉE

ENTREPRISE

LIEU

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

(JJ/MM/AAAA)

N° AVS

RENSEIGNEMENT ET CONSULTATION DU DOSSIER; PROCURATION POUR LA COLLECTE DE DONNÉES CONCERNANT LA SANTÉ ET CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE DONNÉES

Par la présente, j'autorise l'institution de prévoyance et Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) à demander des renseignements par oral ou par écrit aux assurances (toutes les assurances sociales et privées) et organismes compétents (en particulier les services sociaux, ORP, caisses de compensation) ainsi qu'à l'employeur, etc., et à demander de pouvoir consulter les dossiers, ce aux fins du traitement du cas de prestations.

J'autorise les médecins, psychologues, physiothérapeutes et psychothérapeutes ainsi que toute autre personne ayant une formation médicale à transmettre à l'institution de prévoyance et à Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) tous les renseignements et documents relatifs à mon état de santé et à d'éventuels traitements en vue de traiter le cas de prestations.

Je libère les personnes précitées ainsi que les employés des institutions susmentionnées de leur devoir de confidentialité à l'égard de l'institution de prévoyance et de Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool).

J'accepte par ailleurs que l'institution de prévoyance et Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) transmettent mes données de santé à ces organismes aux fins mentionnées et délègue explicitement les employés de ces institutions de leur devoir de confidentialité.

J'accepte que mes données de santé soient transmises à des réassureurs afin d'exécuter l'assurance et de contrôler les cas de prestations annoncés et qu'elles y soient utilisées aux fins mentionnées dans le présent document. Ce consentement comprend aussi explicitement le droit pour Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) de transmettre, à son tour, mes données de santé à d'autres réassureurs pour les mêmes finalités. Je reconnais explicitement et accepte que Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) puissent transmettre à leur tour mes données, y compris celles concernant ma santé, à d'autres réassureurs aux mêmes fins.

Les consentements octroyés peuvent être révoqués en tout temps par notification écrite à l'institution de prévoyance, à Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool). La personne soussignée est consciente qu'un refus de donner le consentement requis ou qu'une révocation du consentement donné peut faire obstacle à des clarifications, à l'exécution de l'assurance et ainsi empêcher l'octroi des prestations de prévoyance professionnelle.

LIEU, DATE:

SIGNATURE: _____

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE À:

Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, RV Pool, Dornacherstrasse 230, Postfach, 4002 Basel