

MODULO DI PROCURA (DA COMPILARE DALL'ASSICURATO)

ISTITUTO DI PREVIDENZA

PERSONA ASSICURATA

DATORE DI LAVORO	CAP/LUOGO
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	(GG/MM/AAAA) N.AVS/N. AS

ACCESSO E CONSULTAZIONE DEGLI ATTI; PROCURA PER LA RACCOLTA DI DATI RELATIVI ALLA SALUTE E CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DI DATI

Con la presente autorizzo l'istituto previdenziale, rispettivamente la Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, ai fini del trattamento dei casi di prestazione, a richiedere informazioni orali e scritte, nonché atti per la consultazione, alle assicurazioni competenti (tutte le assicurazioni sociali e private) e alle autorità (in particolare servizi sociali, URC, casse di compensazione) e datore di lavoro, ecc. Autorizzo i medici, gli psicologi, i fisioterapisti e gli psicoterapeuti, nonché l'ulteriore personale sanitario, a fornire all'istituto previdenziale, rispettivamente alla Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, tutte le informazioni e i documenti in merito al mio stato di salute e a eventuali trattamenti, ai fini del trattamento del caso di prestazione. Svincolo dette persone e i collaboratori dei summenzionati istituti dal loro obbligo di segretezza nei confronti dell'istituto previdenziale, rispettivamente della Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG. Inoltre, accetto che l'istituto previdenziale, rispettivamente la Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, trasmetta i miei dati relativi alla salute a questi enti, per le finalità menzionate, e svincolo espressamente i collaboratori di queste istituzioni dal loro obbligo di segretezza.

Acconsento al fatto che i miei dati relativi alla salute siano trasmessi riassicurazioni, ai fini della gestione delle assicurazioni e del controllo dei casi di prestazioni notificati e che siano utilizzati in quella sede per le finalità menzionate nel presente documento. Il presente consenso comprende espressamente anche il diritto della Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) di trasmettere a sua volta ad altri riassicuratori, per le medesime finalità, i miei dati relativi alla salute. Prendo espressamente atto e accetto che i miei dati, compresi i dati relativi alla salute, possono essere trasmessi nuovamente da questi riassicuratori per le stesse finalità a ulteriori loro riassicuratori.

I consensi rilasciati possono essere revocati in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'istituto previdenziale e alla Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG. Il sottoscritto è consapevole che il rifiuto del necessario consenso o la revoca di un consenso rilasciato potrebbe rendere impossibile l'accertamento, la gestione dell'assicurazione e, quindi, la concessione di prestazioni della previdenza professionale

LUOGO, DATA:

FIRMA: _____

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