

Procura

Da compilare da parte della persona assicurata

Persona assicurata

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

N. cellulare _____

N. AS _____

Dichiarazione della persona assicurata concernente l'esonero dall'obbligo di mantenere il segreto ecc.

Autorizzo Profond a trattare tutti i dati personali necessari per verificare l'obbligo di prestazione e l'eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi. Autorizzo Profond a richiedere a medici, terapisti e ospedali, assicurazioni contro gli infortuni, di responsabilità civile, malattia, di indennità giornaliera per malattia e sulla vita, all'assicurazione federale per l'invalidità, all'assicurazione militare o ad altre assicurazioni, alle autorità o ai datori di lavoro le informazioni e i documenti necessari per la valutazione del mio stato di salute alla base dell'incapacità lavorativa così come per il trattamento del regresso. Queste informazioni includono, in particolare, i dati sulla mia salute.

Esonero le persone e gli istituti suddetti dall'obbligo di mantenere il segreto professionale e/o dall'obbligo di riservatezza e li autorizzo a fornire a Profond le informazioni relative alla malattia / all'infortunio alla base dell'incapacità lavorativa nonché i relativi documenti.

Inoltre, autorizzo Profond a trasmettere i dati personali e i documenti ad altre assicurazioni e alle autorità, qualora risulti necessario per il coordinamento delle prestazioni di altre assicurazioni o per accertare o far valere un diritto di regresso nei confronti di terzi.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte di Profond Care per verificare le possibili misure atte a prevenire l'insorgere di un'eventuale invalidità. Gli specialisti di Profond Care sono a mia disposizione telefonicamente in caso di domande su salute, professione o assicurazione. Case manager esterni possono fornire supporto per individuare soluzioni concernenti le possibilità di trattamento medico, il reinserimento professionale e il coordinamento delle prestazioni. Prendo atto che non sussiste alcun diritto legale all'attuazione di un Case Management esterno. Autorizzo Profond Care a coinvolgere case manager esterni e a comunicare loro i dati personali necessari per appurare l'eventuale opportunità di un Case Management esterno.

Questa procura può essere revocata in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta a Profond.

Luogo, data

Firma della persona assicurata

Apponendo la propria firma, la persona conferma la correttezza delle indicazioni fornite.

Conferma di Profond

Profond conferma che le informazioni saranno opportunamente richieste solo in merito allo stato di salute alla base dell'incapacità lavorativa e solo nella misura necessaria e saranno utilizzate solo per:

- verificare o assumere le possibili misure atte a impedire il verificarsi di un'eventuale invalidità o
 - verificare un eventuale obbligo di prestazione di Profond e
 - far valere un eventuale diritto di regresso.
-