

## 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.
-