

Vollmachts- und Abtretungserklärung



ANGABEN ZUM ARBEITNEHMER

Name & Vorname des Mitglieds:

Privatadresse:

Versicherten Nr.:

Geburtsdatum:

Private Telefon Nr.:

Zivilstand:

Email Adresse:

VOLLMACHT

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung des Mitgliedes oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffes auf Dritte, gegen welche dem Mitglied oder dessen Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnete Person die Pensionskasse Schaffhausen ausdrücklich:

- Alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, Kranken- und Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Lebensversicherern, Arbeitslosen-, Haftpflicht- und Militärversicherungen, Ärzten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Chiropraktiker sowie Spitälern, Heilanstalten, Arbeitgebern und anderen Personen / Institutionen direkt einzuholen.
Die Ärzte und die genannten Institutionen und Personen werden damit von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen oder gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber der Pensionskasse Schaffhausen vorbehaltlos entbunden.
- Die für die Leistungs- und Regressabwicklung sowie die Wiedereingliederung ins Berufsleben notwendig erscheinenden Daten an Dritte, namentlich die Pensionskasse Schaffhausen, an mitbeteiligte Versicherer und Partner wie die XpertCenter AG oder allfällige Einzellebensversicherer und die zuständige IV-Stelle weiterzuleiten und von diesen die erforderlichen Auskünfte einzuholen.
- Eigene Gutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten übernimmt die Pensionskasse Schaffhausen.

ABTRETUNG

Sofern dem Mitglied oder dessen Hinterbliebenen gegenüber Dritten, welche für den Versicherungsfall haften, Schadenersatzansprüche aus diesem Versicherungsfall zustehen, werden hiermit sämtliche Ansprüche bis auf die Höhe der reglementarischen Leistungen an die Pensionskasse Schaffhausen abgetreten.

Ort, Datum:

Unterschrift des Mitglieds oder
des gesetzlichen Vertreters

DRUCKEN

RESET