



Vollmacht und Abtretung

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der versicherten Person

Geschlecht: weiblich männlich

Sozialversicherungsnummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs, die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person oder weiterer Anspruchsberechtigter und die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen welche der versicherten Person oder deren Hinterbliebenen aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen könnten, ermächtigt die unterzeichnende Person die proparis und die Durchführungsstelle der Pensionskasse ausdrücklich

- alle zur Abklärung des Leistungs- und Regressanspruchs notwendig erscheinenden Auskünfte und Unterlagen bei Krankenkassen, 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 proparis und der Durchführungsstelle der Pensionskasse vorbehaltlos entbunden.

- die für die Schaden- und Regressabwicklung notwendig erscheinenden Daten an Dritte, mitbeteiligte Versicherer, in- und ausländische Rückversicherer 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.

Sofern der versicherten Person oder deren 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 leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung abgetreten.

2. Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Bitte dieses ausgefüllte und unterzeichnete Dokument an folgende Adresse zustellen: