

FORMULAR VOLLMACHT

(DURCH VERSICHERTE PERSON AUSZUFÜLLEN)

VORSORGE-EINRICHTUNG

VERSICHERTE PERSON

ARBEITGEBER

ORT

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

(TT/MM/JJJJ)

AHV-NR.

AUSKUNFT UND AKTENEINSICHT: VOLLMACHT ZUR EINHOLUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND EINWILLIGUNG ZUR WEITERGABE VON DATEN

Ich ermächtige hiermit die Vorsorgeeinrichtung respektive die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool), zum Zwecke der Leistungsfallbearbeitung von den zuständigen Versicherungen (sämtliche Sozialversicherungen und private Versicherungen) und Behördenstellen (insbesondere Sozialdienste, RAV, Ausgleichskassen) und beim Arbeitgeber etc. mündlich und schriftlich Auskunft einzuholen, sowie auch Akten zur Einsichtnahme einzufordern.

Ich ermächtige die Ärzte, Psychologen, Physio- und Psychotherapeuten und weiteres medizinisch geschultes Personal, zum Zwecke der Leistungsfallbearbeitung der Vorsorgeeinrichtung respektive der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) alle Auskünfte und Unterlagen über meinen Gesundheitszustand und allfällige Behandlungen zu erteilen.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Vorsorgeeinrichtung respektive der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool). Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Vorsorgeeinrichtung und die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) meine Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke an diese Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeitenden dieser Institutionen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zum Zwecke der Versicherungsabwicklung und der Kontrolle der gemeldeten Leistungsfälle an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool), meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten. Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis und stimme zu, dass meine Daten, einschliesslich Gesundheitsdaten, von der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool), respektive von diesen Rückversicherern wieder- um für dieselben Zwecke an ihrerseits weitere Rückversicherer übermittelt werden können.

Die erteilten Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Vorsorgeeinrichtung respektive die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) widerrufen werden. Der unterzeichnenden Person ist bewusst, dass eine Verweigerung der erforderlichen Einwilligung oder ein Widerruf einer erteilten Einwilligung eine Abklärung, eine Versicherungsabwicklung und somit eine Gewährung von Leistungen der beruflichen Vorsorge möglicherweise verunmöglicht.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT: _____

FORMULAR SENDEN AN: **Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG, RV Pool, Dornacherstrasse 230, Postfach, 4002 Basel**