Vollmacht Versicherungen

Befristete Vollmacht für Versicherungsträger

Name:	**Vorname:**	**Geburtsdatum**
Personal-Nr.	**AHV-Nr.**	**Suva-Nr.**

Der / die Vollmachtgeber/in erklärt sich damit einverstanden, dass:

- der Unfallversicherer, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt *
- der KTG-Versicherer *
- die IV, Invalidenversicherung (Kantonale IV-Stellen) *
- die MV, Militärversicherung *
- die Vorsorgeeinrichtung der Firma *

* unzutreffendes streichen

dem Arbeitgeber,
Firma…….. – vertreten durch das Gesundheitsmanagement und/oder die Personalabteilung – Auskunft erteilt.

Die Befreiung betrifft alle Informationen, die im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung stehen und/oder für die korrekte Koordination von Sozialversicherungsleistungen erforderlich sind, sowie:

- der besseren und/oder schnelleren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess dienen,
- zur Anpassung/Veränderung des Arbeitsplatzes notwendig sind,
- für die Abklärungen der gegenwärtigen oder zukünftigen Arbeitsfähigkeit wichtig sind,
- das Vertrauen zwischen dem/der Vollmachtgeber/in und dem/der Arbeitgeber/in positiv beeinflussen,
- der Koordination von Therapieschritten, Versicherungsfragen, diversen Massnahmen dienen.

Die Gültigkeitsdauer dieser Vollmacht ist beschränkt auf die Arbeitsunfähigkeit, welche ursächlich mit der Erteilung dieser Vollmacht im Zusammenhang steht. Die Vollmacht ist durch den/die Vollmachgeberin jederzeit widerrufbar.

Ort und Datum:……

Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in: …….

compasso
Hegibachstrasse 47 // 8032 Zürich
044 225 80 30 // www.compasso.ch