

## Vollmacht

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

### 1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

### Vollmacht

#### a) andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung, ermächtigt

#### der Versicherte/die Versicherte

Name

Vorname

AHV-Nr.

die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherern, Krankentaggeldversicherern, Unfallversicherern, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen usw. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und die relevanten Akten einzusehen (zum Beispiel medizinische Gutachten, Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung usw.).

#### b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso ermächtigt der Unterzeichnende die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten usw. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Asga Pensionskasse Genossenschaft vorbehaltlos entbunden.

#### c) Weiterleitung der eigenen Akten

Auch ermächtigt der Unterzeichnende die **Asga Pensionskasse Genossenschaft** Unterlagen, insbesondere medizinische Dokumente, über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit der zuständigen Kranken-/Unfallversicherung und der IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance auf Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der Kranken-/Unfallversicherung und der IV. Diese muss die versicherte Person selbst vornehmen.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die/der Unterzeichnende die oben genannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c).

Unfall- oder Schadennummer

Adresse

PLZ, Ort

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person oder  
des gesetzlichen/eingesetzten Vertreters



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.