

Vollmacht

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

AHV-Nr.

erteilt hiermit folgende Vollmacht:

1. Auskünfte

Die unterzeichnende Person ermächtigt alle in Betracht fallenden Personen und Stellen hinsichtlich der für die Abklärung des Anspruches auf Versicherungsleistungen und Lohnzahlungen der versicherten Person sowie für die Geltendmachung von Rückgriffsrechten den zuständigen Stellen der Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH) sowie der übrigen Stadtverwaltung bzw. dem Arbeitgeber die erforderlichen Auskünfte zu geben.

2. Andere Versicherer

Namentlich ermächtigt die unterzeichnende Person die PKZH ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern (Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc.) die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

3. Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird die PKZH mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der PKZH vorbehaltlos entbunden.

4. Weiterleitung der eigenen Akten

Im Weiteren ermächtigt die unterzeichnende Person die PKZH, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch das IV-Verfahren zu vereinfachen und die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen kann auch vor einer allfälligen Anmeldung bei der IV-Stelle durchgeführt werden.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die unterzeichnende Person die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang (1. bis 4.).

Ort, Datum:

Unterschrift der versicherten Person
