

Vollmacht

Von der versicherten Person auszufüllen

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Mobiltelefon-Nr. _____
AHV-Nr. _____

Erklärung der versicherten Person betreffend Entbindung von der Schweigepflicht, etc.

Ich ermächtige Profond, alle Personendaten zu bearbeiten, welche Profond benötigt, um ihre Leistungspflicht sowie einen allfälligen Regressanspruch gegenüber Dritten zu prüfen. Ich bin damit einverstanden, dass Profond bei Ärzten, Therapeuten und Spitälern, bei Unfall-, Haftpflicht-, Kranken-, Krankentaggeld- und Lebensversicherern, bei der Eidg. Invalidenversicherung, der Militärversicherung oder anderen Versicherungen, bei Behörden oder bei Arbeitgebern jene Auskünfte und Unterlagen einholt, die für die Beurteilung meines der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegenden Gesundheitszustandes sowie für die Regressbearbeitung notwendig sind. Diese Informationen umfassen insbesondere auch Daten über meine Gesundheit. Ich entbinde die vorerwähnten Personen und Institutionen von ihrem Berufsgeheimnis und/oder ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, Profond Auskunft im Zusammenhang mit der Krankheit / dem Unfall, welche(r) der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Zudem ermächtige ich Profond, Personendaten und Unterlagen an andere Versicherungen und Behörden zu übermitteln, wenn die Weiterleitung der Informationen zur Koordination mit Leistungen anderer Versicherungen oder zur Abklärung oder Durchsetzung eines Regressanspruchs gegenüber einem Dritten erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Profond Care meine Personendaten bearbeitet, um mögliche Massnahmen zur Verhinderung des Eintritts einer allfälligen Invalidität zu prüfen. Die Spezialisten von Profond Care stehen mir bei Fragen zu Gesundheit, Beruf oder Versicherungen per Telefon zur Verfügung. Externe Case Manager können bei der Lösungsfindung zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, dem beruflichen Wiedereinstieg und bei der Leistungskoordination unterstützen. Ich nehme zur Kenntnis, dass kein Rechtsanspruch auf die Durchführung eines externen Case Managements besteht. Ich ermächtige hiermit Profond Care, externe Case Manager beizuziehen und Ihnen diejenigen Personendaten mitzuteilen, welche für die Prüfung, ob ein Case Management durchgeführt werden soll, notwendig sind.

Diese Vollmacht kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an Profond widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Die unterzeichnete Person bestätigt mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Bestätigung Profond

Profond bestätigt, dass die Auskünfte nur in Bezug auf den der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Gesundheitszustand und nur so weit als notwendig und sachgerecht eingeholt werden und nur dazu verwendet werden, um:

- mögliche Massnahmen zur Verhinderung des Eintritts einer allfälligen Invalidität zu prüfen bzw. zu veranlassen oder gegebenenfalls
- eine allfällige Leistungspflicht von Profond zu prüfen sowie
- einen allfälligen Regressanspruch durchzusetzen.