

Erklärung zur Schlichtung

Ich habe bei der Ombudsstelle der Österreichischen Pensionskassen eine Beschwerde eingereicht. Ich bestätige, dass ich davor bereits versucht habe, mit der von der Beschwerde betroffenen Pensionskasse zu einer Einigung zu gelangen, dass keine rechtskräftige Entscheidung und kein rechtswirksamer gerichtlicher Vergleich zu dem Streitfall vorliegt und auch kein Verfahren hierzu bei Gericht anhängig ist.

Die Verfahrensordnung der Ombudsstelle wurde mir zugeleitet und ist mir bekannt.

Für die Einreichung, Einleitung und Durchführung des Beschwerdeverfahrens bei der Ombudsstelle gebe ich folgende dafür notwendige Erklärung ab:

- Zur Durchführung des Verfahrens entbinde ich hiermit die Pensionskasse ausdrücklich vom Datenschutz gegenüber der Ombudsstelle und ermächtige die Pensionskasse, der Ombudsstelle sämtliche verfahrensrelevanten Auskünfte betreffend die mit der Pensionskasse bestehende Geschäftsverbindung zu erteilen und Kopien von Unterlagen für dieses Verfahren zur Verfügung zu stellen.
- Weiters erteile ich der Ombudsstelle meine Zustimmung zur Verwendung der verfahrensrelevanten Daten im Rahmen der Verfahrensordnung.

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle von mir abgegebenen Einwilligungserklärungen jederzeit widerrufen werden können. Im Falle des Widerrufs dieser Erklärung wird das Verfahren vor der Ombudsstelle eingestellt.

Mir ist bewusst, dass das Verfahren vor der Ombudsstelle der gütlichen Einigung dient.

Die Einschaltung der Ombudsstelle ist unentgeltlich. Die von mir bekanntgegebene Adresse gilt als Zustelladresse für die gesamte Dauer des Verfahrens. Eine Haftung des Ombudsmanns für seine Tätigkeit ist ebenso ausgeschlossen wie eine Haftung des Fachverbands der Pensionskassen als Träger der Ombudsstelle.

Für die Zwecke der Einleitung und der Durchführung des Schlichtungsverfahrens gebe ich folgende Daten bekannt:

Name:

Geburtsdatum:

(Zustell-)Adresse:

Pensionskasse:

Arbeitgeber, mit dem der Pensionskassenvertrag besteht:

Kundennummer:

Telefonnummer:

E-Mail:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Anwartschafts- oder Leistungsberechtigten: