

ARBEITGEBER

Vertrags-Nr. /

Firma

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:

AHV-Nr.: Geburtsdatum: / /

Privatadresse: (Strasse, Nr.)
(PLZ/ORT)**UMFANG DER VOLLMACHT****a) Andere Versicherer**

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer der Fondation BCV deuxième pilier - die Mobiliar - ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen vom Arbeitgeber gemeldeten Versicherungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen usw., die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (beispielsweise medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

Kraft dieser Ermächtigung ist der in seine Unterlagen Einsicht gewährende Versicherungsträger berechtigt, dem Rückversicherer der Stiftung während der gesamten Dauer der Prüfung der Leistungsberechtigung fortlaufend und unaufgefordert Kopien der relevanten Dokumente zukommen zu lassen.

b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird der Rückversicherer der Fondation BCV deuxième pilier - die Mobiliar - mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihm notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitätern, Heilanstalten usw. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber - die Mobiliar - vorbehaltlos entbunden.

c) Weiterleitung der eigenen Akten

Des Weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende die Mobiliar, der zuständigen IV-Stelle Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss..

Kraft ihrer Unterschrift verleiht die versicherte Person dem Rückversicherer eine Vollmacht im oben ausgeführten Umfang (Punkte a bis c).

Ort und Datum:**Unterschrift der versicherten Person
oder ihres Rechtsvertreters**

BITTE ZURÜCK AN:

AVENA Fondation BCV 2^e pilier
c/o Banque Cantonale Vaudoise
Case postale 300
1001 Lausanne