



Vollmacht

Durch versicherte Person auszufüllen

Angaben zum Vollmachtgeber | zur Vollmachtgeberin (versicherte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer (beginnt mit 756)

Ich erteile mit meiner Unterschrift die Vollmacht gemäss nachfolgenden Punkten in vollem Umfang:

1. Gegenüber anderen Versicherern

Für die Abklärung des Anspruchs der Leistungsberechtigung ermächtigt obgenannte Person die Comunitas und die von der Comunitas bevollmächtigten Partner, bei den involvierten Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc. die erforderlichen Auskünfte einzuholen und die relevanten Akten einzusehen (z. B. medizinische Gutachten und Berichte).

2. Gegenüber Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern

Ebenso werden die Comunitas und die von der Comunitas bevollmächtigten Partner ermächtigt, die ihnen notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern wie Spitäler, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Comunitas und den von der Comunitas bevollmächtigten Partnern vorbehaltlos entbunden.

3. Weiterleitung von Akten

Die unterzeichnete Person ermächtigt die Comunitas und die von der Comunitas bevollmächtigten Partner, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung in das Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Ort

Unterschrift versicherte Person

Datum