

Monat und Jahr des Beginns der Arbeitsunfähigkeit (vom Versicherten auszufüllen) : _____

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten im Rahmen der beruflichen Vorsorge, ermächtigt der/die Unterzeichner/in ausdrücklich die Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachstehend « Mobiliar ») bei nachfolgenden Versicherungsträgern die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen :

a) Privatrechtliche Versicherungsträger

Der/die Unterzeichnende entbindet die in diesem Leistungsfall involvierten privatrechtlichen Versicherungsträger (Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen, Lebensversicherungen etc.) von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt diese, der Mobiliar diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten zu gewähren (bspw. medizinische Gutachten/medizinische Unterlagen und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung), die sie für die Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung (im Zusammenhang mit der oben erwähnten Arbeitsunfähigkeit/im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis) benötigt. Ferner ermächtigt der/die Unterzeichnende die genannten Versicherungsträger während der Dauer der Anspruchsprüfung kontinuierlich und ohne weitere Aufforderung Kopien der relevanten Unterlagen an die Mobiliar weiterzuleiten.

b) Sonstige Sozialversicherer

Der/die Unterzeichnende entbindet die in diesem Leistungsfall involvierten öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger (AHV- und IV-Stellen, Kranken- und Unfallversicherungen, Vorsorgeeinrichtungen, etc.) von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt diese, der Mobiliar diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten zu gewähren (bspw. .medizinische Gutachten/medizinische Unterlagen und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung), die sie für die Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung (im Zusammenhang mit der oben erwähnten Arbeitsunfähigkeit/im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis) benötigt. Ferner ermächtigt der/die Unterzeichnende die genannten Versicherungsträger während der Dauer der Anspruchsprüfung kontinuierlich und ohne weitere Aufforderung Kopien der relevanten Unterlagen an die Mobiliar weiterzuleiten.

c) Ärzte und andere medizinische Dienstleister

Ebenso wird die Mobiliar 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 ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Mobiliar vorbehaltlos entbunden.

d) Übermittlung vom eigenen Dossier

Im Weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende die Mobiliar, 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 ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

Name und Vorname
der/des Versicherten

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnende die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis d).

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters
