



tellico

Vorsorge. Bank. Immobilien.

Tellico Pensionsinvest

Bahnhofstrasse 4

Postfach 713

CH-6431 Schwyz

t +41 58 442 61 00

pensionsinvest@tellico.ch

tellico.ch

Vollmacht für den Rückversicherer

Die Leistungsprüfung bei Arbeitsunfähigkeit wird vom Rückversicherer der Tellico Pensionsinvest durchgeführt. Damit der Rückversicherer die benötigten Unterlagen direkt einfordern kann, bitten wir Sie um Retournierung des unterzeichneten Formulars an die obenstehende Adresse.

a) Andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc., die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird der Rückversicherer 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 der Schweigepflicht gegenüber dem Rückversicherer vorbehaltlos entbunden.

c) Weiterleitung der eigenen Akten

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende den Rückversicherer, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle 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.

Versicherte Person

Herr Frau

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Vers.-Nr.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>

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

Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift der/des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters	<input type="text"/>
------------	----------------------	--	----------------------