



**VOLLMACHT**

A) ANDERE VERSICHERER

IM HINBLICK AUF DIE ABKLÄRUNG DES ANSPRUCHS UND DIE PRÜFUNG DER LEISTUNGSBERECHTIGUNG DER/DES VERSICHERTEN, ERMÄCHTIGT DER/DIE UNTERZEICHNETE DIE

RESP.

ALS DEREN RÜCKVERSICHERER SOWIE DIE BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG AUSDRÜCKLICH, BEI SÄMTLICHEN IN DIESEN LEISTUNGSFALL INVOLVIERTEN ÖFFENTLICH- UND PRIVATRECHTLICHEN VERSICHERUNGSTRÄGERN ALS DA SIND KRANKENKASSEN, KRANKENVERSICHERER, KRANKENTAGGELDVERSICHERER, UNFALLVERSICHERER, IV-STELLEN, MILITÄRVERSICHERUNG, VORSORGEINRICHTUNGEN ALLFÄLLIGE AUSLÄNDISCHE VERSICHERER ETC. DIE ERFORDERLICHEN AUSKÜNFT EINZUHOLEN UND INSBESONDERE DIE RELEVANTEN AKTEN EINZUSEHEN (BSPW. MEDIZINISCHE GUTACHTEN UND BERICHTE ANDERER INSTITUTIONEN WIE DER BERUFSBERATUNG).

B) ÄRZTE UND ANDERE MEDIZINISCHE

EBENSO WIRD DIE

RESP.

ALS DEREN RÜCKVERSICHERER SOWIE DIE BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG MIT NACHFOLGENDER UNTERSCHRIFT ERMÄCHTIGT, DIE IHR NOTWENDIG ERSCHEINENDEN AUSKÜNFT BEI ÄRZTEN UND ANDEREN MEDIZINISCHEN LEISTUNGSERBRINGERN SOWIE SPITÄLERN, HEILANSTALTEN ETC. EINZUHOLEN. DIE ÄRZTE UND DIE GENANNTE INSTITUTIONEN SIND DAHER VON DER SCHWEIGEPFLICHT GEGENÜBER DER

RESP.

ALS DEREN RÜCKVERSICHERER SOWIE DER BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG VORBEHALTLOS ENTBUNDEN.

C) WEITERLEITUNG DER EIGENEN AKTEN

IM WEITEREN ERMÄCHTIGT DER/DIE UNTERZEICHNETE DIE

RESP.

SOWIE DIE BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG, 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.

D) WIEDEREINGLIEDERUNG

SIND WIEDEREINGLIEDERUNGSMASSNAHMEN NOTWENDIG ODER SINNVOLL, WIRD IN ABSPRACHE MIT DER VERSICHERTEN PERSON EINE DURCHFÜHRUNG GEPRÜFT. ZU ABKLÄRUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSZWECKEN KÖNNEN EXTERNE DIENSTLEISTER MITEINBEZOGEN UND ENTSPRECHEND INFORMIERT WERDEN.

NAME, VORNAME DER/DES VERSICHERTEN

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER

GEBURTSDATUM

MIT NACHFOLGENDER UNTERSCHRIFT ERTEILT DIE/DER UNTERZEICHNETE DIE OBENGENANNT VOLLMACHT IN VOLLEM UMFANG (A BIS D)

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT

---