

Vollmacht im IV-Verfahren

Akteneinsicht und Auskunft

Hiermit ermächtige ich als **Vollmachtgeber/-in** (Versicherte/-r)

Versicherten Nr. _____
Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____

WAS IV Luzern
Landenbergstrasse 35
6005 Luzern
inklusive des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD)

dem/der nachstehenden **Vollmachtnehmer/-in**

Name/Vorname _____
Ev. Institution / Firma _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und **vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischer und beruflicher Unterlagen**, zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein entsprechendes Arzteugnis beizulegen.