

Vollmacht im IV-Verfahren

Vertretungsvollmacht

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

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

den/die nachstehenden **Vollmachtnehmer/-in** (Vertreter/-in)

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

meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber der

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

rechtsgültig zu vertreten.

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich die IV-Stelle Luzern von der Schweigepflicht gegenüber dem/der Vollmachtnehmer/-in und ermächtige sie, diesem/dieser mündliche oder schriftliche 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 Arztzeugnis beizulegen.