

Vollmacht im IV-Verfahren

Vertretungsvollmacht

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

Versicherten Nr. _____

Name/Vorname _____

Adresse, PLZ und Ort _____

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

Name/Vorname _____

Ev. Institution / Firma _____

Adresse, PLZ und Ort _____

Telefon _____

meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber von

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

rechtsgültig zu vertreten.

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich WAS IV 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.

WAS Wirtschaft Arbeit Soziales
IV Luzern
Landenbergstrasse 35 | Postfach | 6002 Luzern | Telefon +41 41 209 00 02
iv@was-luzern.ch | www.was-luzern.ch/iv