

Vollmacht im IV-Verfahren



Vertretung

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 beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem/der Vollmachtnehmer/-in und ermächtige sie, diesem/dieser mündliche oder schriftliche Auskünfte zu erteilen und vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischen und beruflichen Unterlagen, zu gewähren.

Ich als Vollmachtgeber/-in und die als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person nehmen von der Meldepflicht Kenntnis. Wir melden wirtschaftliche und persönliche Änderungen sofort und unaufgefordert der IV-Stelle Luzern. Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind.

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.