**Vollmacht: Rechtshandlungen mit der IV-Stelle**

|  |
| --- |
| Hiermit ermächtige ich als vollmachtgebende Person die bevollmächtigte Person, meine Interessen im Zusammenhang mit meinem Leistungsbegehren bei der IV-Stelle wahrzunehmen und mich zu vertreten.Ich befreie die IV-Stelle im Rahmen der vorliegenden Vollmacht von der Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Person Auskünfte zu erteilen (mündlich und schriftlich) und vollumfänglich Akteneinsicht zu gewähren (inkl. aller medizinischen und beruflichen Unterlagen).**Gültigkeit / Dauer**Ohne anderslautende Erklärung ist diese Vollmacht bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung oder dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit. |

|  |
| --- |
| Bevollmächtigte Person |
|  |
| [ ]  Frau [ ]  Herr |
|  |
| Name, Vorname      |
| AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)      |
| Geburtsdatum      |
|  |
| Institution / Firma      |
|  |
| Strasse      |
|  |
| PLZ, Ort      |
| AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)      |
| Telefonnummer      |
|  |
| Ort, Datum      |
|  |
| Unterschrift der bevollmächtigten Person |

|  |
| --- |
| Vollmachtgebende Person (versicherte Person) |
|  |
| Sozialversicherungsnummer (756.xxxx.xxxx.xx)      |
|  |
| [ ]  Frau [ ]  Herr |
|  |
| Name, Vorname      |
|  |
| Geburtsdatum      |
|  |
| Strasse      |
|  |
| PLZ, Ort      |
|  |
| Ort, Datum      |
|  |
| Unterschrift der vollmachtgebenden Person oder der gesetzlichen Vertretung |

*Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.*