|  |  |
| --- | --- |
|  | **Office de l’assurance-invalidité****Invalidenversicherungs-Stelle**Fribourg – FreiburgImpasse de la Colline 1, 1762 GivisiezT +41 26 426 70 00 — www.aifr.ch |

**Vollmacht: Datenbekanntgabe**

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit ermächtige ich als vollmachtgebende Person die IV-Stelle, der bevollmächtigten Person Auskünfte zu erteilen (mündlich und schriftlich) und vollumfänglich Akteneinsicht zu gewähren (inkl. Aller medizinischen und beruflichen Unterlagen). Ich befreie die IV-Stelle im Rahmen der vorliegenden Vollmacht von der Schweigepflicht.Die vorliegende Vollmacht ermächtigt die bevollmächtigte Person nicht zu Rechtshandlungen (insbesondere das Recht, Einwände gegen einen Entscheidungsentwurf zu erheben).**Automatische Aktenzustellung**[ ]  Mit Eingang dieser Vollmacht erteile ich der IV-Stelle den Auftrag, automatisch Kopien von Vorbescheiden, Entscheiden, Briefen zur Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht und Gutachten der bevollmächtigten Person zuzustellen, sofern nicht ohnehin eine rechtliche Bestimmung dazu ermächtigt.[ ]  Mit Eingang dieser Vollmacht erteile ich der VI-Stelle den Auftrag, Kopien meiner Akten der bevollmächtigten Person zuzustellen **Hinweis**: *Ohne obigen ausdrücklichen Auftrag nimmt die IV-Stelle diese Vollmacht lediglich zu den Akten. Wünscht die bevollmächtigte Person zu einem späteren Zeitpunkt Akteneinsicht, muss sie ein schriftliches Gesuch stellen.* **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 [ ]  HerrName, Vorname     Geburtsdatum     Institution / Firma     Strasse     PLZ, Ort     Telefonnummer     Ort, Datum     Unterschrift der bevollmächtigten Person**Vollmachtgebende Person**(versicherte Person)AHV-Nummer     [ ]  Frau [ ]  HerrName. Vorname     Geburtsdatum     Strasse     PLZ, Ort     Telefonnummer     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.*  |