|  |  |
| --- | --- |
|  | **Office de l’assurance-invalidité**  **Invalidenversicherungs-Stelle**  Fribourg – Freiburg  Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez  T +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  Herr  Name, Vorname    Geburtsdatum    Institution / Firma    Strasse    PLZ, Ort    Telefonnummer    Ort, Datum    Unterschrift der bevollmächtigten Person  **Vollmachtgebende Person**  (versicherte Person)  AHV-Nummer    Frau  Herr  Name. 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.* |