

Akteneinsicht und Auskunft Vollmacht im IV-Verfahren

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

Versicherten-Nr.	_____
Name/Vorname	_____
Adresse	_____
PLZ/Ort	_____

die

IV-Stelle Kanton Bern
Scheibenstrasse 70
3001 Bern

der nachstehenden **Person/Institution**

Name/Vorname	_____
Institution/Firma	_____
Adresse	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____
E-Mail (wird für die Zustellung der Akten über IncaMail benötigt)	_____

mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und **vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischen und beruflichen Unterlagen**, zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

- Bitte kreuzen Sie vorstehendes Kästchen an, falls Sie wünschen, dass wir der obenerwähnten Person / Institution eine Kopie der aktuell vorhandenen Akten, inklusive aller medizinischen und beruflichen Unterlagen, zustellen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)