

Vollmacht

Hiermit ermächtige ich die nachstehende Person, bzw. Firma, meine Akten in Bezug auf Beiträge und Leistungen nachfolgender Sozialversicherungen einzusehen:

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), Invalidenversicherung (IV), Erwerbsersatzordnung (EO), Mutterschaftsentschädigung (MSE), Familienzulagen (FamZ) sowie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (EL)

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Ausgleichskasse Swissem sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln. Mir als Vollmachtgebende/n und dem/der Bevollmächtigten ist bekannt, dass Änderungen der wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse (Einkommen, Vermögen, Zivilstand, Domizil, Aufenthalt) die Beitragspflicht sowie die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können und wir verpflichten uns Änderungen umgehend der Ausgleichskasse Swissem schriftlich zu melden.

Die Unterzeichnenden nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 79 ATSG, Art. 87-91 AHVG, Art. 70 IVG, Art. 25 EOG, Art. 31 ELG). Unrechtmässig bezogene Leistungen können zudem zu Rückforderungsansprüchen führen (Art. 25 ATSG).

Die Unterzeichnenden verpflichten sich, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der Ausgleichskasse Swissem schriftlich zu melden. Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit meinem Ableben, der Verschollenserklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname/Institution	Geburtsdatum
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	Versichertennummer (AHV-Nr)
Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten	

Vollmachtgeber(in)

Versichertennummer (AHV-Nr.)
Name, Vorname, Geburtsdatum
Strasse, PLZ / Ort
Datum und Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin *

(Ist eine Unterschrift des Vollmachtgebers /der Vollmachtgeberin aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.)