

Procuration

Par la présente, je donne procuration à la personne/institution citée ci-dessous en vue de me représenter auprès de la Caisse de compensation Swissmem et de défendre mes intérêts dans le cadre de l'instruction de mon dossier auprès des assurances sociales suivantes:

Assurance-vieillesse et survivants (AVS, assurance-invalidité (AI), allocations pour perte de gain (APG), allocation de maternité (AMat), Allocations familiales (AF) et Prestations complémentaires (AVS/AI (PC))

Par nos signatures nous confirmons avoir pris note du fait que toute modification de la situation personnelle et économique (revenue, fortune, état civil, domicile, lieu de résidence) d'un bénéficiaire des prestations ou d'un assuré ou d'une personne comprise dans le calcul a probablement une incidence sur les prestations ou cotisations et doit être annoncée sans délai à la caisse de compensation Swissmem.

Les signataires prennent connaissance que des indications fausses, erronées ou incomplètes et un non-respect d'obligation de déclaration sont soumis aux dispositions légales (Art. 79 LPGA, art. 87-91 LAVS, art. 70 LAI, art. 25 LAPG, art. 31 LPC). Des prestations perçues indûment devront être restituées (Art. 25 ATSG).

Cette procuration est valable jusqu'à sa révocation écrite.

Sous réserve des dispositions légales divergentes, cette procuration n'expire pas en cas du décès de l'assurée, la déclaration de disparation, la perte de la capacité de l'exercice des droits ou la faillite.

Personne mandatée

| | |
|---|------------------------------|
| Nom, prénom / institution | Date de naissance |
| Rue | CP et lieu |
| Téléphone | Numéro d'assuré(e) (no. AVS) |
| Date et signature du mandaté / de la mandatée | |

Mandant / mandante

| |
|---|
| Numéro d'assuré(e) (no. AVS) |
| Nom, prénom, date de naissance |
| Rue, CP et lieu |
| Date et signature du mandant / de la mandante * |

**(Si le mandant / la mandante n'est pas apte à signer en raison de motifs de santé, un certificat médical attestant ce fait doit être fourni.)*