



Vertretungsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die nachstehend bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf Leistungen der Sozialversicherung, insbesondere der AHV, IV, EL und EO gegenüber der zuständigen Ausgleichskasse und IV-Stelle zu vertreten.

Es ist mir bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können.

Beide Unterzeichnenden nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 87-91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 31 ELG und Art. 25 EOG) und zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse beziehungsweise IV-Stelle schriftlich zu melden.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig

Leistungsberechtigte Person

Name, Vorname

Vers.-Nummer (13-stellig) Geburtsdatum

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Vers.-Nummer (13-stellig) Geburtsdatum

Adresse

Postleitzahl/Ort Telefonnummer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der bevollmächtigten Person