



Antrag auf Änderung der Adresse des Bevollmächtigten

Der Bevollmächtigte muss der Vertreter einer versicherten Person sein, die eine von der Schweizerischen Ausgleichskasse SAK ausbezahlte Rente bezieht. Er ist verpflichtet, der SAK jede Änderung der persönlichen oder familiären Verhältnisse der versicherten Person unverzüglich zu melden.

AHV-Nr. der versicherten Person _____

Versicherte Person: Name, Vorname

Bevollmächtigte(r): Name, Vorname

Bisherige Adresse des/der Bevollmächtigten

C/o _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Land _____

Telefon Festnetz/mobil _____

E-Mail _____

Neue Adresse des/der Bevollmächtigten

C/o _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Land _____

Telefon Festnetz/mobil _____

E-Mail _____

Gültig ab (jj/mm/aaaa) _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Dieses Formular muss **zusammen mit einer Kopie des Ausweises des/der Bevollmächtigten** zurückgeschickt werden

per Briefpost an folgende Adresse:
Schweizerische Ausgleichskasse
Postfach 3100
1211 Genf 2
Schweiz

oder **per E-Mail** an die Adresse: csc@zas.admin.ch