

Schweizerische Versichertennummer (AHVN13) : 756._____._____.____.

VOLLMACHT

Die versicherte Person:

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: ____:____:____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Land: _____

E-Mail-Adresse: _____

erteilt Vollmacht an (bevollmächtigte Person):

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: ____:____:____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Land: _____

E-Mail-Adresse: _____

sie gegenüber der Zentralen Ausgleichsstelle und ihren Abteilungen zu vertreten, Akteneinsicht zu nehmen, Mitteilungen in Empfang zu nehmen und in ihrem Namen zu handeln. Diese Vollmacht erstreckt sich auf folgende Angelegenheiten (bitte mindestens ein Gebiet ankreuzen):

- AHV (insbesondere Alters- und Hinterlassenenleistungen und ggf. Beiträge)
- IV (inklusive Einsicht in **medizinische Akten**).

Die Vollmacht gilt bis _____ (z.B. Abschluss des Verfahrens, Datum...)

! Ohne andere Angabe gilt die Vollmacht bis auf Widerruf!

Datum: _____ Unterschrift versicherte Person: _____ Unterschrift Bevollmächtigte(r): _____

Bitte eine Kopie der Ausweise der versicherten Person und der bevollmächtigten Person beilegen.