



## Ermächtigung und Vollmacht

Hiermit ermächtige ich,

\_\_\_\_\_  
 (Vorname und Name und Geburtsdatum der leistungsempfangenden Person)

nachstehend bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf Leistungen der Sozialversicherung, insbesondere der AHV, IV, EL und EO/MSE gegenüber der zuständigen Ausgleichskasse und IV-Stelle zu vertreten. Diese Interessenvertretung versteht sich auf Korrespondenzabwicklung sowie finanzielle Auskünfte und Kontoänderungen.

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

Die Unterzeichnenden nehmen zur Kenntnis, dass eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen untersteht (Art. 87–91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 16 ELG und Art. 25 EOG) und zu Rückforderungsansprüchen führen kann. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse und IV-Stelle schriftlich zu melden.

Diese Vollmacht erlischt nicht mit meinem Ableben, meiner Verschollenerklärung oder dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

### Vollmachtnehmer/in:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Vollmachtgeber/in:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_