

Vertretungsvollmacht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Aargau
Ausgleichskasse
Kyburgerstrasse 15
5001 Aarau

Rechtshandlungen mit der SVA Aargau Ausgleichskasse: Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der SVA Aargau, Ausgleichskasse, wahrzunehmen.

Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor der SVA Aargau, Ausgleichskasse, in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche: Alters- und Hinterlassenenversicherung, Mutterschaftsentschädigung, Ergänzungsleistungen, Familienzulagen nach FamZG und in der Landwirtschaft, Erwerbsersatzordnung, Individuelle Prämienverbilligung.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname

Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Unterschrift

des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) / Betreff-Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht

Mann

Frau

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Ich befreie die SVA Aargau, Ausgleichskasse, von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ich wünsche, dass die SVA Aargau ab sofort sämtliche Korrespondenz der/dem Bevollmächtigten zustellt.

Datum

Unterschrift

des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin (evtl. gesetzliche Vertretung)

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