



Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:

Ausgleichskasse des
Schweizerisches Gewerbes
Brunnmattstrasse 45
3001 Bern

Vollmacht

Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse des Schweizerischen Gewerbes

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber die nachstehende, als bevollmächtigt bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen gegenüber der Ausgleichskasse des Schweizerischen Gewerbes wahrzunehmen und in meinem Namen zu handeln, Korrespondenz in Empfang zu nehmen, Auskünfte zu erteilen und Anträge zu stellen. Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Ausgleichskasse des Schweizerischen Gewerbes in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche AHV/IV/EO, Familienzulagen, Erwerbsersatz, Mutterschafts-, Vaterschafts- und Betreuungsentschädigung, Militärentschädigungskasse und weitere an Ausgleichskasse des Schweizerischen Gewerbes übertragene Aufgaben.

Ich befreie die Ausgleichskasse des Schweizerischen Gewerbes von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Sie erlischt nicht mit meinem Tod, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs. Abweichende gesetzliche Bestimmungen bleiben vorbehalten.

Diese Vollmacht ist handschriftlich zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden. Bei Formverstössen ist die Vollmacht nichtig.

Bevollmächtigte Person

Name / Vorname oder Institution	Versichertennummer (AHV-Nr.)
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Ort und Datum	Unterschrift der bevollmächtigten Person

Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber

Name / Vorname oder Institution	Versichertennummer (AHV-Nr.)
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefonnummer	E-Mail
Ort und Datum	Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers