

Informationen:  
041 819 04 25  
info@aksz.ch  
www.aksz.ch



# Vollmachtsformular

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

Ich als Vollmachtgeber/in:

Vollmachtgebende natürliche Person	Vollmachtgebendes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

bevollmächtigte:

bevollmächtigte natürliche Person	bevollmächtigtes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

meine Interessen in Bezug auf Beiträge und Leistungen nachfolgender Sozialversicherungen, insbesondere der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerbsersatzordnung, der Mutterschaftsentschädigung, der Prämienverbilligung, der Familienzulagen und der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie der Pflegefinanzierung gegenüber der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz, zu vertreten.

Ich befreie die Ausgleichskasse, die IV-Stelle und die Familienausgleichskasse Schwyz von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Ich stimme zu, dass inskünftig sämtliche Korrespondenz mit der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz zuhanden des Bevollmächtigten geht.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

*Es ist mir und der bevollmächtigten natürlichen Person / dem bevollmächtigten Unternehmen bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können.*

*Die Unterzeichneten nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 79 ATSG; Art. 87-91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 31 ELG, Art. 25 EOG, Art. 23 FamZG und Art. 23 FLG) und zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse, IV-Stelle und der Familienausgleichskasse schriftlich zu melden.*

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Vollmachtgeber/in: \_\_\_\_\_

---

*ATSG (Gesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts)*  
*AHVG (Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung)*  
*IVG (Gesetz über die Invalidenversicherung)*  
*ELG (Gesetz über die Ergänzungsleistungen)*  
*EOG (Gesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft)*  
*FamZG (Gesetz über die Familienzulagen)*  
*FLG (Gesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft)*

---