



Ermächtigung zur Auskunftserteilung und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich untenstehend bezeichnete Person, meine Akten in Bezug auf Beiträge und Leistungen nachfolgender Sozialversicherungen einzusehen: Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), Invalidenversicherung (IV), Erwerbsersatzordnung (EO), Mutterschaftsentschädigung (MSE), Prämienverbilligung (IPV), Familienzulagen (FamZ) sowie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (EL).

Ich befreie die Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, die vorhandenen Daten über mich der bevollmächtigten Person bekanntzugeben und Akteneinsicht zu gewähren.

Auskünfte oder Akteneinsicht werden auf Einzelanfrage hin erteilt.

Diese Ermächtigung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Den Unterzeichneten ist 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. 25 EOG, §19 IPVG, Art. 31 ELG). Unrechtmässig bezogene Leistungen können zudem zu Rückforderungsansprüchen führen (Art. 25 ATSG).

Die Unterzeichneten verpflichten sich, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der zuständigen Ausgleichskasse / IV-Stelle schriftlich zu melden.

Versicherte Person

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefonnummer:	_____	Geburtsdatum:	_____
Versicherten-Nr.:	_____	Zivilstand:	_____
Datum:	_____	Unterschrift	_____

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

Ermächtigte Person

Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefonnummer:	_____	Geburtsdatum:	_____
Datum:	_____	Unterschrift	_____