



Vertretungsvollmacht

Hiermit beauftrage ich untenstehend bezeichnete Person meine Interessen in Bezug auf Leistungen der AHV, IV und EL gegenüber der Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug, zu vertreten.

Ich befreie die Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug 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. Sie erlischt – abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten – nicht mit meinem Ableben, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit, mit meiner Verschollenerklärung oder mit meinem Konkurs.

Den Unterzeichneten ist bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung 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 und 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 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 Arzteugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigte Person

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