Ermächtigung zur Auskunftserteilung und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich als vollmachtgebende Person die **Ausgleichskasse Zug, die IV-Stelle Zug und die Familienausgleichskasse Zug** der untenstehenden bevollmächtigten Person bezüglich **Versicherungsleistungen und Versicherungsbeiträgen** Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren:

Ich befreie die Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht.

Auskünfte oder Akteneinsicht werden auf Einzelanfrage hin erteilt.

Diese Ermächtigung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Den Unterzeichnenden ist bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung die Beitragspflicht beeinflussen können.

Die Unterzeichnenden 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, Art. 23 FamZG, Art. 23 FLG, §19 IPVG und Art. 31 ELG). Unrechtmässig bezogene Leistungen können zudem zu Rückforderungsansprüchen führen (Art. 25 ATSG).

Die Unterzeichnenden melden Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der zuständigen Ausgleichskasse / IV-Stelle schriftlich.

Bevollmächtigte Person

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

AHV-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Vollmachtgebende Person / Organisation

Firma

Firmenname: _____ Abrechnungs-Nr.: _____

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Privatperson

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

AHV-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Formular zurücksetzen