Vertretungsvollmacht

Hiermit beauftrage ich als vollmachtgebende Person untenstehend bezeichnete bevollmächtigte Person meine Interessen gegenüber der **Ausgleichskasse Zug, der IV-Stelle Zug und der Familienausgleichskasse Zug** bezüglich **Versicherungsleistungen und Versicherungsbeiträgen** wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Ich befreie die Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Person 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 Unterzeichnenden ist bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung und 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, §19 IPVG, Art. 23 FLG und Art. 31 ELG). Unrechtmässig bezogene Leistungen können zudem zu Rückforderungsansprüchen führen (Art. 25 ATSG).

Die Unterzeichnenden verpflichten sich, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der zuständigen Ausgleichskasse schriftlich zu melden.

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