

SVA Zürich
IV-Stelle
Postfach
8087 Zürich

► **Vollmacht:
Rechtshandlungen mit der SVA Zürich**

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Diese Vollmacht gilt für IV-Leistungen.

- Ich befreie die SVA Zürich von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oder dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter**

Name, Vorname / Institution

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

● **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber**

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Frau Herr

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers