

SVA Zürich
Ausgleichskasse
Postfach
8087 Zürich

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

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

Die Vollmacht gilt für:

- AHV/IV/EO/ALV-Beiträge
- AHV-Leistungen
- Zusatzleistungen zur AHV/IV
- Familienzulagen*
- Mutterschaftsentschädigung*
- Erwerbsersatz (EO)*
- Individuelle Prämienverbilligung

*inkl. AHV/IV/EO/ALV-Beiträge (wegen Verrechnung)

- 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.

- Ich wünsche, dass die SVA Zürich ab sofort sämtliche Korrespondenz der/dem Bevollmächtigten zustellt.

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55, www.svazurich.ch

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter**

Name, Vorname/Institution

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

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

● **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber**

Firma

Abrechnungsnummer

Firmenname

Privatperson

Geburtsdatum

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

Frau Herr

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers