

SVA Zürich
Familienausgleichskasse
Postfach
8087 Zürich

Rechtshandlungen mit der SVA Zürich: Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber /
Vollmachtgeberin die nachstehende, als
Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete
Person, meine Interessen in Bezug auf die
Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten
aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber
der SVA Zürich wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der
SVA Zürich in den Bereichen AHV, IV,
Erwerbsersatzordnung, Mutterschafts-
entschädigung, Prämienverbilligung, Familien-
zulagen und Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie
die Ergreifung von Rechtsmitteln.

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

Abweichende gesetzliche Bestimmungen
vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit
meinem Ableben, der Verschollenenerklärung,
dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder
mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen
Widerruf gültig.

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

● Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname / Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

● Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

(Firma oder versicherte Person)

Abrechnungsnummer oder AHV-Nummer

Name, Vorname

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,
muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.