

Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse MOBIL

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als bevollmächtigt bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen (AHV/IV/EO, Familienzulagen und weitere der Ausgleichskasse MOBIL übertragene Aufgaben) gegenüber der Ausgleichskasse MOBIL wahrzunehmen.

Ich befreie die Ausgleichskasse MOBIL von der 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 Verschollenerklärung oder mit meinem Konkurs.

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Ausgleichskasse MOBIL, Wölflistrasse 5, 3006 Bern

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

Heimatort

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Zukünftige Korrespondenzen an obige Adresse?

Ja Nein

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin:

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Heimatort

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebenden /
Vollmachtgeberin
