

Vollmacht für Auskunft und Akteneinsicht

SVA Schwyz
Postfach
6431 Schwyz

Hiermit ermächtige ich (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber) die SVA Schwyz, der bevollmächtigten Person / Institution Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Die Vollmacht gilt für:

☐ Alle Geschäfte mit SVA Schwyz (gilt auch, falls nichts angekreuzt)

☐ AHV/IV/EO/ALV-Beiträge

☐ Pflegefinanzierung

☐ Erwerbsersatz*

☐ AHV-Leistungen*

☐ Überbrückungsleistungen*

☐ Individuelle Prämienverbilligung

☐ IV-Leistungen*

☐ Familienzulagen*

☐ Krankenversicherungspflicht

☐ Alimenteninkasso/-bevorschussung

☐ Mutterschafts-, Vaterschafts-,

☐ Ergänzungsleistungen*

Betreuungsentschädigung*

* Vollmacht gilt auch für Beiträge, wenn diese Leistungen verrechnet werden.

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

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

Aktenzustellung:

Die SVA Schwyz stellt die Akten verschlüsselt mit IncaMail, den E-Mail-Verschlüsselungsdienst der Schweizerischen Post, zu. Bitte führen Sie daher die E-Mail-Adresse auf. Auf Wunsch können die Akten auch in Papierform zugestellt werden

Das Ausfüllen der vorliegenden Vollmacht führt nicht automatisch zu einer Aktenzustellung. Falls eine Aktenzustellung benötigt wird, bitten wir um ein separates Gesuch.

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Name, Vorname / Institution / Firma	Geburtsdatum
Strasse	PLZ, Ort
Telefonnummer	E-Mail:

Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber

Name, Vorname	AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx) oder Abrechnungs-Nummer (xxx.xxx oder xx.xxx.xxx)
Geburtsdatum	
Strasse	PLZ, Ort

Datum: _____ Unterschrift: _____