

SVA Schwyz
Postfach
6431 Schwyz

Vollmacht für Vertretung

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber) die bevollmächtigte Person, meine Interessen bezüglich der angekreuzten Geschäfte zu wahren und mich zu vertreten.

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 Prämienvorbereitung

☐ IV-Leistungen*

☐ Familienzulagen*

☐ Krankenversicherungspflicht

☐ Alimenteninkasso/-bevorschussung

☐ Mutterschafts-, Vaterschafts-,

☐ Ergänzungsleistungen*

Betreuungsentschädigung*

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

Ich befreie die SVA Schwyz 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 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.

Korrespondenz:

Mit Einreichung der unterzeichneten Vollmacht für die Vertretung stellt die SVA Schwyz die weiterführende Korrespondenz der bevollmächtigten Person zu.

☐ Ich wünsche weiterhin die Zustellung der Korrespondenz an die vollmachtgebende Person (versicherte Person / Firma)

Meldepflichten:

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können Bestand und Umfang von Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb unverzüglich und unaufgefordert gemeldet werden. Die vollmachtgebende und die bevollmächtigte Person nehmen zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind und eine Verletzung der Meldepflicht strafrechtlich geahndet werden kann.

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

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

Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber

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

Datum: _____ Unterschrift: _____