



## Vollmacht

### Der/Die Unterzeichnende (versicherte Person)

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Ermächtigt hiermit:

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

ihn/sie gegenüber der Eidgenössischen Ausgleichskasse in sämtlichen Angelegenheiten zu vertreten, Korrespondenz in Empfang zu nehmen, Auskünfte zu erteilen und Anträge zu stellen. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch die versicherte Person.

Sowohl die versicherte Person als auch die bevollmächtigte Person nehmen von der Meldepflicht Kenntnis.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

Sollte der/die Vollmachtgeber/in aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sein, die Vollmacht handschriftlich zu unterschreiben, benötigen wir eine entsprechende, kurze Bestätigung des/der behandelnden Arztes/Ärztin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der bevollmächtigten Person