

SVA Zürich
Ausgleichskasse
Postfach
8087 Zürich

► **Vollmacht:**
Auskunft und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die SVA Zürich, der oder dem Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren bezüglich der angekreuzten Beiträge und Leistungen.

Die Vollmacht gilt für:

- ☐ AHV/IV/EO/ALV-Beiträge
- ☐ AHV-Leistungen
- ☐ Zusatzleistungen zur AHV/IV
- ☐ Familienzulagen*
- ☐ Mutterschaftsentschädigung*
- ☐ Erwerbsersatz (EO)*
- ☐ Individuelle Prämienverbilligung

*inkl. AHV/IV/EO/ALV-Beiträge (wegen Verrechnung)

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

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

Auftrag zur Aktenzustellung

- ☐ Mit Eingang dieser Vollmacht erteile ich der SVA Zürich den Auftrag, Kopien meiner Akten der oder dem Bevollmächtigten zuzustellen.

- Ohne obigen ausdrücklichen Auftrag nimmt die SVA Zürich diese Vollmacht lediglich zu den Akten. Wünscht der oder die Bevollmächtigte Akteneinsicht, muss er oder sie ein schriftliches Gesuch stellen.

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55, www.svazurich.ch

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter**

Name, Vorname / Institution

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

● **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber**

Firma

Abrechnungsnummer

Firmenname

Privatperson

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers