Ausgleichskasse SBV
Militärdienstkasse SBV
Pensionskasse SBV

Familienausgleichskasse SBV
swisstempcomp
swisstempfamily

Sumatrastrasse 15 / Postfach 16 / 8042 Zürich / Tel 044 258 82 22
info66@consimo.ch / www.consimo.ch

consimo

Vertretungsvollmacht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

consimo
Ausgleichskasse SBV
Sumatrastr. 15 / Postfach 16
8042 Zürich

1 Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse SBV: Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber allen Rechtspersönlichkeiten unter dem Namen consimo/Ausgleichskasse SBV, ersichtlich auf der www.consimo.ch Webseite, wahrzunehmen.

Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor allen Rechtspersönlichkeiten unter dem Namen consimo/ Ausgleichskasse SBV, ersichtlich auf der www.consimo.ch Webseite, für sämtliche Angelegenheiten für die Bereiche Beiträge an die AHV/IV/EO, Mutterschaftsentschädigung, Familienzulagen und Erwerbsersatzordnung.

2 Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname oder Firma.....

Versichertennummer oder Mitgliedernummer.....

Geburtsdatum..... Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Strasse, Nr.....

PLZ, Ort

.....

.....

Erreichbar unter (Telefon oder E-Mail)

.....

.....

☐ Ich wünsche, dass die Ausgleichskasse SBV ab sofort sämtliche Korrespondenz dem / der Bevollmächtigten zustellt. Ausserdem befreie ich die Ausgleichskasse SBV von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem / der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Datum.....

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin (evtl. gesetzliche Vertretung)

.....

Sofern eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

3 Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname .....

Institution oder Firma.....

Strasse, Nr.....

PLZ, Ort

.....

.....

Erreichbar unter (Telefon oder E-Mail)

.....

.....

Datum .....

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

.....