

Vollmacht – Vertretung (Rechtshandlungen mit den Sozialversicherungen Glarus)

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen vollumfänglich zu vertreten (wie Zustellung aller Korrespondenzen, Ergreifung von Rechtsmitteln). **Hinweis:** Die versicherte Person erhält keine Korrespondenz mehr.

Ich möchte dennoch Korrespondenz in Kopie erhalten.

Diese Vollmacht gilt für IV-Leistungen und ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig (oder längstens bis zum Abschluss des IV-Gesuchs). Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Ich befreie die Sozialversicherungen Glarus, IV-Stelle von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oder dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

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

Bevollmächtigte, Bevollmächtigter (Vollmachtnehmer/in)

Familiennamen / Institution			
Vorname			
Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	756.	Geburtsdatum	
Adresse (Strasse, Haus-Nr.)		PLZ, Ort	
Telefonnummer		E-Mail -Adresse	
Datum		Unterschrift	

Personalien versicherte Person und Unterschrift (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber)

Familiennamen		Vorname	
Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	756.	Geburtsdatum	
Adresse (Strasse, Haus-Nr.)		PLZ, Ort	
Telefonnummer		E-Mail -Adresse	
Datum		Unterschrift	

Bei minderjährigen Versicherten bitte um Angaben über die gesetzliche Vertretung (nachfolgende Angaben beziehen sich nur auf die gesetzliche Vertretung und sind vollständig und wahrheitsgetreu durch die gesetzliche Vertretung auszufüllen)

Sorgerechtere/r Eltern / Elternteil

Beistand

Gesetzliche Vertretung

Versicherten-Nr. (AHV-Nummer 756...)

756.

Geburtsdatum

Familiennamen (auch Namen als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Die gesetzliche Vertretung der vorgenannten versicherten Person erklärt sich mit ihrer Unterschrift auf diesem Formular mit der eingeräumten Vollmacht für den Vollmachtnehmer ausdrücklich einverstanden. Die gesetzliche Vertretung bestätigt mit ihrer Unterschrift sodann, die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Die gesetzliche Vertretung nimmt zur Kenntnis, dass unwahre und unvollständige Angaben zu Rückerstattungen unrechtmässig bezogener Leistungen führen und derartige Angaben auch die Strafbarkeit gemäss Art. 148a StGB auslösen können.