

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.

Die Vollmacht gilt für folgende Themen (ankreuzen):

- AHV/IV/EO/ALV-Beiträge
- AHV-Leistungen
- Zusatzleistungen zur AHV/IV
- Familienzulagen*
- Mutterschafts-, Vaterschafts-, Betreuungsentschädigung*
- Erwerbsersatz (EO)*
- Individuelle Prämienverbilligung
- Krankenversicherungspflicht

* Wenn diese Leistungen mit Beiträgen verrechnet werden, gilt die Vollmacht auch für AHV/IV/EO/ALV-Beiträge.

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.

Zustellung der vollständigen Akten

Es erfolgt keine automatische Zustellung der vollständigen Akten. Bei Bedarf können Sie oder die von Ihnen bevollmächtigte Person Ihre vollständigen Akten jederzeit später bei uns bestellen.

Braucht die von Ihnen bevollmächtigte Person Ihre vollständigen Akten?

- Ja, bitte sofort zustellen.
- Nein, vielleicht später.

Die SVA Zürich nutzt für die Zustellung der Akten IncaMail, den E-Mail-Verschlüsselungsdienst der Schweizerischen Post. Die Angabe einer E-Mail-Adresse ist daher zwingend erforderlich.

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
www.svazurich.ch

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter**

Name, Vorname / Institution

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

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

● **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