

VOLLMACHT

Entbindung von der Schweigepflicht

(Für Auskünfte über das Individuelle Konto (IK) ist der Link unter Formulare auf der Homepage www.ahvluzern.ch zu beachten.)

Mit dieser Vollmacht werden die *zuständigen Organe der AHV/IV, EL, Krankenversicherung und Prämienverbilligung, Familienausgleichskasse* ermächtigt, an

Auskunftsberechtigte/bevollmächtigte Stelle (Institution/Person/Treuhänder)

Name

Adresse PLZ, Ort

auf Antrag Auskunft über: - Leistungen der Sozialversicherungen
- Verbindlichkeiten
- Bemessungsgrundlagen der/des

Versicherten Person / Mitgliedes der Ausgleichskasse

Name, Vorname

Vers. Nr. / MR Geburtsdatum

Adresse PLZ, Ort:

zu erteilen und *Informationen der auskunftsberechtigten/bevollmächtigten Stelle* zu bearbeiten.

Diese Vollmacht ist *bis zum schriftlichen Widerruf* gültig.

Ort und Datum

Unterschrift
(versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter)

.....

.....