

## Rechtshandlungen mit WAS Ausgleichskasse Luzern:

# Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als bevollmächtigt bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen (AHV/IV/EO, Ergänzungsleistungen, Familienzulagen, individuelle Prämienverbilligung und weitere an WAS Ausgleichskasse Luzern übertragene Aufgaben) gegenüber WAS Ausgleichskasse Luzern wahrzunehmen.

Ich befreie WAS Ausgleichskasse Luzern von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Mir als Vollmachtgebendem/Vollmachtgebender und dem/der Bevollmächtigten ist bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen werden deshalb unverzüglich an WAS Ausgleichskasse Luzern gemeldet. Ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin und die bevollmächtigte Person nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit meinem Ableben, der Verschollenenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

**Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.**

## Bevollmächtigte Person:

Versichertennummer (AHV-Nr.)

Name, Vorname/Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

## Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin:

Versichertennummer (AHV-Nr.)

Name, Vorname/Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

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