

## Rechtshandlungen mit WAS Ausgleichskasse Luzern:

# Vollmacht / IK Auszug

Hiermit ermächtige ich die bevollmächtigte Person als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin Auszüge aus meinen individuellen Konten (IK) der AHV zu beantragen und in sämtliche darin enthaltenen Informationen Einsicht zu nehmen. Diese Angaben umfassen insbesondere die Höhe meiner Einkommen und Entgelte seit dem 17. Altersjahr, den Namen meines / meiner ehemaligen und gegenwärtigen Arbeitgebers / Arbeitgeberin, allfällige Scheidungen, meine frühere und derzeitige berufliche Stellung, meine Betreuungsgutschriften, meine Versicherungszeiten in der freiwilligen AHV/IV, meine Arbeitslosigkeitsperioden, meine im Militärdienst, im Zivildienst oder Zivildienst geleisteten Zeiten, meine Invaliditätsperioden, meine Entschädigungszahlungen aus der Militärversicherung usw.

Ich befreie die zuständige/n Ausgleichskasse/n von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und beauftrage sie ausdrücklich, diese IK direkt an den/die Bevollmächtigte/n zu senden, der sich verpflichtet, mir etwaige Unstimmigkeiten mitzuteilen und mir eine Kopie aller IK zu übermitteln, sobald er/sie sie erhalten hat, so dass ich die Möglichkeit habe, die Richtigkeit der Angaben zu prüfen und innerhalb von 30 Tagen nach Zustellung der IK an den/die Bevollmächtigte/n die Fehler beheben zu lassen.

Ich bin mir dessen bewusst, dass wenn kein Kontoauszug oder keine Berichtigung verlangt wird, oder wenn das Berichtigungsbegehren abgelehnt wird, bei Eintritt des Versicherungsfalls die Berichtigung von Eintragungen im individuellen Konto nur dann verlangt werden kann, wenn deren Unrichtigkeit offenkundig ist oder dafür der volle Beweis erbracht wird (Art. 141 Abs. 3 AHVV).

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.