

Vollmacht

Rechtshandlungen mit WAS Ausgleichskasse Luzern

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als bevollmächtigt bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen gegenüber WAS Ausgleichskasse Luzern wahrzunehmen. Diese Vollmacht umfasst die Vertretung in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche AHV/IV/EO, Ergänzungsleistungen, Familienzulagen, individuelle Prämienverbilligung und weitere an WAS Ausgleichskasse Luzern übertragene Aufgaben.

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

Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Sie erlischt nicht mit meinem Tod, der Verschollen-erklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Bevollmächtigte Person:

Name oder Institution	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	AHV-Nummer
Telefonnummer	E-Mail
Ort und Datum	Unterschrift des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin:

Name/Institution	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Geburtsdatum	AHV-Nummer
<input type="checkbox"/> Ich wünsche, dass WAS Ausgleichskasse Luzern ab sofort sämtliche Korrespondenz der/dem Bevollmächtigten zustellt.	
Ort und Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, bitte ein entsprechendes Arztzeugnis beilegen.