

## Vollmacht

# Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse von SVA Aargau

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen hinsichtlich der unten aufgeführten Sozialversicherungen gegenüber der Ausgleichskasse von SVA Aargau wahrzunehmen.

Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Ausgleichskasse von SVA Aargau in sämtlichen Angelegenheiten für die Bereiche: Alters- und Hinterlassenenversicherung, Mutterschaftsentschädigung, Ergänzungsleistungen, Familienzulagen nach FamZG und in der Landwirtschaft, Erwerbsersatzordnung, Individuelle Prämienverbilligung.

### Bevollmächtigter/Bevollmächtigte

Name	Vorname		
Institution			
Strasse		Nummer	
Postleitzahl	Ort	Kanton	
Telefon	E-Mail		
Ort und Datum	Unterschrift der bevollmächtigten Person		

### Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin

Name	Vorname		
AHV-Nummer	756.	Geschlecht	Mann      Frau
Geburtsdatum			
Strasse		Nummer	
Postleitzahl	Ort	Kanton	
Telefon	E-Mail		

Ich befreie die Ausgleichskasse von SVA Aargau von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ich wünsche, dass SVA Aargau ab sofort sämtliche Korrespondenz dem/der Bevollmächtigten zustellt.

Ort und Datum      Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin  
(oder der gesetzlichen Vertretung)

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, legen Sie bitte ein entsprechendes Arztzeugnis bei.