AHV Kasse | Caisse AVS | Cassa AVS
Commerçants bernois

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 107
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.akgivbern.ch

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber:in die als Bevollmächtigte:r aufgeführte Person/Institution/Unternehmung, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen gegenüber der AHV-Kasse Geschäftsinhaber Bern wahrzunehmen (AHV/IV/EO, Familienzulagen und weitere an die AHV-Kasse übertragene Aufgaben).

Ich befreie die AHV-Kasse 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.

Vollmachtgeber:in

☐ vollmachtgebendes Unternehmen

☐ vollmachtgebende natürliche Person

Firmenname // Name & Vorname

_____

Abrechnungsnummer // AHV-Nummer

_____

Strasse

_____

PLZ, Ort

_____

Telefonnummer

_____

E-Mail

_____

Bevollmächtigte:r

☐ bevollmächtigtes Unternehmen

☐ bevollmächtigte natürliche Person

Firmenname // Name & Vorname

_____

Abrechnungsnummer // AHV-Nummer

_____

Strasse

_____

PLZ, Ort

_____

Telefonnummer

_____

E-Mail

_____

☐ Ich wünsche, dass die AHV-Kasse Geschäftsinhaber Bern ab sofort sämtliche Korrespondenz (inkl. Rechnungen) der/dem Bevollmächtigten zustellt.

Es ist mir und der bevollmächtigten natürlichen Person / dem bevollmächtigten Unternehmen bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können und deshalb der AHV-Kasse gemeldet werden müssen. Unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht unterstehen den gesetzlichen Strafbestimmungen und können zu Rückforderungsansprüchen führen.

_____ _____

Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.