

VOLLMACHT

Rechtshandlungen mit den Sozialversicherungen Dübendorf

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter/Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Zusatzleistungen zur AHV/IV gegenüber den Sozialversicherungen Dübendorf wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor den Sozialversicherungen Dübendorf im Bereich der Zusatzleistungen zur AHV/IV sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die Sozialversicherungen Dübendorf von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie die Verfügungen direkt zuzustellen.

Es ist mir als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung beeinflussen können. Wirtschaftliche und persönliche Änderungen werden deshalb durch mich oder den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte unverzüglich den Sozialversicherungen Dübendorf gemeldet.

Ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin und der/die Bevollmächtigte nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Zusatzleistungen 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 zu ihrem schriftlichen Widerruf gegenüber den Sozialversicherungen gültig.

Stadtverwaltung Dübendorf Sozialversicherungen

Usterstr. 2
8600 Dübendorf

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin	Bevollmächtigter / Bevollmächtigte
AHV-Nummer <hr/>	Name, Vorname / Institution <hr/>
Name, Vorname <hr/>	Strasse <hr/>
Geburtsdatum <hr/>	PLZ, Ort <hr/>
Adresse <hr/>	Telefon <hr/>
PLZ, Ort <hr/>	Mail-Adresse <hr/>
Datum <hr/>	Datum <hr/>
Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin <hr/>	Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten <hr/>
<i>Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arzteugnis beigelegt werden.</i>	Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehungsstatus zum Vollmachtgeber / zur Vollmachtgeberin <hr/>