

Spida
Sozialversicherungen
Bergstrasse 21
Postfach
CH-8044 Zürich
Telefon 044 265 50 50
info@spida.ch
www.spida.ch

**Vollmacht:
Rechtshandlungen mit Spida Sozialversicherungen**

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die als Bevollmächtigte, Bevollmächtigter aufgeführte Person, meine Interessen bezüglich der angekreuzten Beiträge und Leistungen wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Die Vollmacht gilt für:

- AHV/IV/EO/ALV-Beiträge / AHV/IV-Leistungen / Familienzulagen*
 Mutterschaftsentschädigung* / Erwerbsersatz (EO)* / Pensionskassen-Beiträge / Pensionskassen-Leistungen / Alterssparkonten (ASK)-Beiträge / Alterssparkonten (ASK)-Leistungen

*inkl. AHV/IV/EO/ALV-Beiträge (wegen Verrechnung)

Ich befreie die Spida Sozialversicherungen von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der oder dem Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

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

- Ich wünsche, dass die Spida Sozialversicherungen ab sofort sämtliche Korrespondenz der/dem Bevollmächtigten zustellt.

Bevollmächtigte / Bevollmächtigter:

Name, Vorname / Institution

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:

Firma

Abrechnungsnummer

Firmenname

Privatperson

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Frau / Herr

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Ort / Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Bitte die vervollständigte Vollmacht an folgende Adresse zustellen:

Spida Sozialversicherungen
Postfach
8044 Zürich