

## Rechtshandlungen mit der Ausgleichskasse MOBIL

### Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die nachstehende, als bevollmächtigt bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf die Sozialversicherungen (AHV/IV/EO, Familienzulagen und weitere der Ausgleichskasse MOBIL übertragene Aufgaben) gegenüber der Ausgleichskasse MOBIL wahrzunehmen.

Ich befreie die Ausgleichskasse MOBIL von der Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/ der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt diese Vollmacht nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung oder mit meinem Konkurs.

**Diese Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.**

#### Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Ausgleichskasse MOBIL, Wölflistrasse 5, 3006 Bern

#### Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

Heimatort

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Zukünftige Korrespondenzen an obige Adresse?

Ja  Nein

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

---

#### Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin:

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Heimatort

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebenden /  
Vollmachtgeberin

---