

**Ausgleichskasse
IV-Stelle
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt
zurücksenden an:**

**Ausgleichskasse/IV-Stelle Obwalden
Postfach
6061 Sarnen**

**Rechtshandlungen
mit der Ausgleichskasse Obwalden:
Vollmacht**

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 Obwalden wahrzunehmen.

Die Vollmacht umfasst die Vertretung vor der
Ausgleichskasse Obwalden in den Bereichen,
AHV, IV, Ergänzungsleistungen, Erwerbsersatz,
Überbrückungsleistungen, Individuelle Prämien-
verbilligung, Familienzulagen nach FamZG und
und in der Landwirtschaft sowie die Ergreifung
von Rechtsmitteln.

Ich befreie die Ausgleichskasse Obwalden von
der beruflichen und gesetzlichen Schweige-
pflicht und ermächtige sie, dem/der Bevoll-
mächtigten Auskünfte zu erteilen und Akten-
einsicht zu gewähren.

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 gültig.

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

• Bevollmächtigter / Bevollmächtigte:

Name, Vorname / Institution

Geburtsdatum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

• Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin:

Abr.-Nr. / AHV-Nummer:

Name, Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich,
muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.