

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 Prämienverbilligung, Familienzulagen nach FamZG und und in der Landwirtschaft sowie die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Ich befreie die Ausgleichskasse Obwalden von der beruflichen und gesetzlichen 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 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.