

Vollmacht / Ermächtigung

(Zutreffendes ankreuzen)

Vollmacht Hiermit bevollmächtige ich (Kunde/in / rechtliche Vertretung) die aufgeführte Person / Institution gegenüber dem Sozialversicherungszentrum Thurgau in den angekreuzten Geschäften meine Interessen zu wahren und mich vollumfänglich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz ist ab sofort der bevollmächtigten Person / Institution zuzustellen.

Meldepflichten und Kenntnisnahmen

Es ist der vollmachtgebenden und der bevollmächtigten Person / Institution bekannt, dass eintretende wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung gewisser Leistungen beeinflussen können. Solche Änderungen sind deshalb unverzüglich und unaufgefordert zu melden. Die vollmachtgebende und die bevollmächtigte Person / Institution nehmen zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückzuerstatten sind.

oder

Ermächtigung Hiermit ermächtige ich (Kunde/in / rechtliche Vertretung) die aufgeführte Person / Institution beim Sozialversicherungszentrum Thurgau in den angekreuzten Geschäften Auskünfte einzuholen und Einsicht in die vorhandenen Akten zu nehmen.

Vollmacht / Ermächtigung gilt für: Alle Geschäfte

Einzelne Geschäfte:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> AHV-Renten | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO | <input type="checkbox"/> IV-Massnahmen
(berufliche / medizinische)
und IV-Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ) | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder (IV)
(IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung (PF) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO) | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung (HE)
(IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Überbrückungsleistungen
für ältere Arbeitslose (ÜL) | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) | |
| | <input type="checkbox"/> Entschädigung des andern Elternteils | |
| | <input type="checkbox"/> Betreuungsentschädigung (BUE) | |

Gültigkeit

Wichtig: Diese Vollmacht / Ermächtigung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ich bin einverstanden, dass diese Vollmacht / Ermächtigung auch bei Eintritt einer Urteilsunfähigkeit ihre Gültigkeit behält.

bevollmächtigte / ermächtigte Person / Institution

Name, Vorname / Institution	AHV-Nummer Geburtsdatum
Adresse	PLZ, Ort
Telefon, Mobile	E-Mail
Unterschrift	Datum

Kunde/in / rechtliche Vertretung

Name, Vorname	AHV-Nummer Abrechnungs-Nr.
Adresse	PLZ, Ort
Unterschrift Kunde/in	Datum
Unterschrift rechtliche Vertretung (Vollmacht / Ernennungsurkunde beilegen)	

► **Bitte senden an:** Sozialversicherungszentrum Thurgau, St. Gallerstrasse 11, Postfach, 8501 Frauenfeld