

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person, gegenüber Interessen in Bezug auf die AHV/IV-Leistungen, die Ergänzungsleistungen und die Pflegefinanzierung des Sozialversicherungszentrums Thurgau, St. Gallerstrasse 13, 8501 Frauenfeld, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den AHV/IV-Leistungen, den Ergänzungsleistungen und der Pflegefinanzierung beeinflussen können. Somit werden eintretende wirtschaftliche und persönliche Änderungen durch mich als Vollmachtgeber/-in oder durch die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person unverzüglich der AHV-Zweigstelle oder dem Sozialversicherungszentrum Thurgau gemeldet.

Ich als Vollmachtgeber/-in und die nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichnete Person nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene AHV/IV-Leistungen, Ergänzungsleistungen und Beiträge für die Restfinanzierung (Pflegefinanzierung) zurückzuerstatten sind.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Durch die Vollmacht wird sämtliche Korrespondenz als Original an den/die Vollmachtnehmer/-in zugestellt.
Sollte dies nicht gewünscht sein, bitte bei Bedarf ankreuzen:

Vollmacht lediglich zur Auskunft ohne Korrespondenz (Korrespondenz geht weiterhin an Vollmachtgeber/-in)

Vollmachtgeber/-in, versicherte Person (anspruchsberechtigte Person)

Bei Ehepaaren ist pro Person ein Vollmachtformular auszufüllen.

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familienname	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon, Mobile	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift Vollmachtgeber/-in

Ist eine Unterschrift aufgrund fehlender Urteilsfähigkeit und/oder gesundheitlichen Problemen nicht mehr möglich, ist ein entsprechendes Arzteugnis sowie die Ernennungsurkunde/Legitimationsurkunde einzureichen.

Vollmachtnehmer/-in

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familienname	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon, Mobile	E-Mail
Ort, Datum	Unterschrift Vollmachtnehmer/-in