



## Ermächtigung zur Auskunftserteilung und Akteneinsicht

Hiermit ermächtige ich als vollmachtgebende Person die **Ausgleichskasse Zug, die IV-Stelle Zug und die Familienausgleichskasse Zug** der untenstehenden bevollmächtigten Person bezüglich **Versicherungsleistungen und Versicherungsbeiträgen** Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren:

Ich befreie die Ausgleichskasse/IV-Stelle Zug von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht.

*Auskünfte oder Akteneinsicht werden auf Einzelanfrage hin erteilt.*

*Diese Ermächtigung ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.*

*Den Unterzeichnenden ist bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung die Beitragspflicht beeinflussen können.*

*Die Unterzeichnenden nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 79 ATSG, Art. 87-91 AHVG, Art. 70 IVG, Art. 25 EOG, Art. 23 FamZG, Art. 23 FLG, §19 IPVG und Art. 31 ELG). Unrechtmässig bezogene Leistungen können zudem zu Rückforderungsansprüchen führen (Art. 25 ATSG).*

*Die Unterzeichnenden melden Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend der zuständigen Ausgleichskasse / IV-Stelle schriftlich.*

### Bevollmächtigte Person

|              |       |               |       |
|--------------|-------|---------------|-------|
| Name:        | _____ | Vorname:      | _____ |
| Adresse:     | _____ | PLZ / Ort:    | _____ |
| AHV-Nr.:     | _____ | Geburtsdatum: | _____ |
| Telefon-Nr.: | _____ | E-Mail:       | _____ |
| Datum:       | _____ | Unterschrift  | _____ |

### Vollmachtgebende Person / Organisation

#### Firma

|             |       |                  |       |
|-------------|-------|------------------|-------|
| Firmenname: | _____ | Abrechnungs-Nr.: | _____ |
| Name:       | _____ | Vorname:         | _____ |
| Datum:      | _____ | Unterschrift:    | _____ |

#### Privatperson

|          |       |               |       |
|----------|-------|---------------|-------|
| Name:    | _____ | Vorname:      | _____ |
| Adresse: | _____ | PLZ / Ort:    | _____ |
| AHV-Nr.: | _____ | Geburtsdatum: | _____ |
| Datum:   | _____ | Unterschrift  | _____ |