

SVA Zürich  
IV-Stelle  
Postfach  
8087 Zürich

► **Vollmacht:  
Auskunft und Akteneinsicht**

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die SVA Zürich, der oder dem Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

**Diese Vollmacht gilt für IV-Leistungen.**

Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Auftrag zur Aktenzustellung

Mit Eingang dieser Vollmacht erteile ich der SVA Zürich den Auftrag, Kopien meiner Akten der oder dem Bevollmächtigten zuzustellen.

- Ohne obigen ausdrücklichen Auftrag nimmt die SVA Zürich diese Vollmacht lediglich zu den Akten. Wünscht der oder die Bevollmächtigte Akteneinsicht, muss er oder sie ein schriftliches Gesuch stellen.

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter**

Name, Vorname / Institution

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

● **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber**

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Frau  Herr

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers