

**Ausgleichskasse  
IV-Stelle  
Obwalden**

**Bitte ausgefüllt  
zurücksenden an:**

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-  
ordnung, Mutterschaftsentschädigung,  
FamZG und in der Land-  
wirtschaft sowie die Ergreifung von Rechts-  
mitteln.

Ich befreie die Ausgleichskasse Obwalden von  
der beruflichen und gesetzlichen Schweige-  
pflicht und ermächtige sie, dem/der Bevoll-  
mächtigten Auskünfte zu erteilen und Akten-  
einsicht 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.