

## Vollmacht für Auszug aus individuellen Konten (IK)

Gegenüber der **Ausgleichskasse medisuisse**, Frongartenstrasse 9, 9001 St. Gallen

ermächtige ich **die bevollmächtigte Person**

Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

Auszüge aus meinen individuellen Konten (IK) der AHV zu beantragen und in sämtliche darin enthaltenen Informationen Einsicht zu nehmen.

Diese Angaben umfassen insbesondere

- die Höhe meiner Einkommen und Entgelte seit dem 17. Altersjahr
- den Namen meines/meiner ehemaligen und gegenwärtigen Arbeitgeber(s)
- allfällige Scheidungen
- meine frühere und derzeitige berufliche Stellung
- meine Betreuungsgutschriften
- meine Versicherungszeiten in der freiwilligen AHV/IV
- meine Arbeitslosigkeitsperioden
- meine im Militärdienst, im Zivilschutz oder im Zivildienst geleisteten Zeiten
- meine Invaliditätsperioden
- meine Entschädigungszahlungen aus der Militärversicherung usw.

Ich befreie die Ausgleichskasse *medisuisse* von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und beauftrage sie ausdrücklich, diese IK direkt an die bevollmächtigte Person zu senden, die sich verpflichtet, mir etwaige Unstimmigkeiten mitzuteilen und mir eine Kopie aller IK zu übermitteln, sobald sie sie erhalten hat, so dass ich die Möglichkeit habe, die Richtigkeit der Angaben zu prüfen und innerhalb von 30 Tagen nach Zustellung der IK an die bevollmächtigte Person die Fehler beheben zu lassen.

Ich bin mir dessen bewusst, dass wenn kein Kontoauszug oder keine Berichtigung verlangt wird, oder wenn das Berichtigungsbegehren abgelehnt wird, bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berichtigung von Eintragungen im individuellen Konto nur dann verlangt werden kann, wenn deren Unrichtigkeit offenkundig ist oder dafür der volle Beweis erbracht wird (Art. 141 Abs. 3 AHVV).

### Vollmachtgeber/in

Name	Vorname	AHV-Nummer
Adresse	PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail	
Datum	Unterschrift	

**Diese Vollmacht gilt bis zum schriftlichen Widerruf.**