
4 Zustelladresse (falls abweichend von Punkt 2)

Name / Firma _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse / Nr. _____
Postfach _____
PLZ / Ort _____
Telefon-Nr. _____
E-Mail _____

Hinweis:

Die aufgeführte Person oder Firma wird bevollmächtigt, den oder die Antragssteller/in gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz rechtsverbindlich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz und Rückfragen werden an die aufgeführte Person oder Firma gerichtet. Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

5 Unfallversicherung

Haben Sie eine Unfallversicherung UVG abgeschlossen? (Zutreffendes ankreuzen)

- ja Name der Versicherungsgesellschaft: _____ (Kopie der Police beilegen)
 nein Dann sind Sie verpflichtet, eine Unfallversicherung abzuschliessen und uns eine Kopie der Police zu senden.
-

6 Unterschrift

Wir bestätigen, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben sowie die Voraussetzungen für die Abrechnung im vereinfachten Verfahren zu erfüllen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift