

## Ergänzungsleistungen (EL) - Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende Vollmachtnehmer/-in meine Interessen in Bezug auf Ergänzungsleistungen gegenüber der:

**SVA Graubünden**  
**Ottostrasse 24**  
**Postfach**  
**7001 Chur**

zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Höhe der EL beeinflussen können und deshalb der SVA Graubünden (Team Ergänzungsleistungen) sofort und unaufgefordert zu melden sind. Wir nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

### Vollmachtnehmer/-in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen

7 5 6 . . . . .

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

### Vollmachtgeber/-in

Versicherten-Nr.

7 5 6 . . . . .

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift

**Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis beizulegen.**