

Vollmacht unverschlüsselter E-Mail-Verkehr



Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Sozialversicherung Aargau SVA
Bereich Ausgleichskasse
Kyburgerstrasse 15
5001 Aarau

Sie haben sich bewusst gegen die verschlüsselte E-Mail-Kommunikation mit der Sozialversicherung Aargau SVA entschieden und nehmen zur Kenntnis, dass der Versand unverschlüsselter E-Mails Sicherheitslücken aufweist. Unberechtigte (Provider, Hacker usw.) können die übermittelten Informationen sammeln, lesen und verändern. Empfänger bemerken davon nichts. E-Mails bleiben zudem über Jahre auf den Endgeräten, bei den Empfängern und/oder bei (externen) Übermittlungsdienstleistern (Providern) gespeichert.

Mit Unterzeichnung dieser Vollmacht ermächtige ich die Sozialversicherung Aargau SVA, Bereich Ausgleichskasse, mit mir mittels unverschlüsselter E-Mail-Verkehr zu kommunizieren. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Sozialversicherung Aargau SVA, Bereich Ausgleichskasse, keine Dokumente mit Ausnahme von Lebensläufen mittels unverschlüsselter E-Mail verschickt.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig und wird vom Bereich Ausgleichskasse nur auf dem postalischen Weg entgegengenommen.

| | |
|---|----------------------------|
| Name | Vorname |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | Versicherten-Nr. (AHV-Nr.) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geschlecht | Strasse, Nr. |
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort, Kanton | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Alle Felder müssen vollständig ausgefüllt werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin
(evtl. gesetzliche Vertretung)

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.