

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Sozialversicherung Aargau SVA
Bereich Invalidenversicherung
Bahnhofplatz 3C
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 Invalidenversicherung, mit mir mittels unverschlüsselten E-Mail-Verkehrs zu kommunizieren. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Sozialversicherung Aargau SVA, Bereich Invalidenversicherung, keine Dokumente mit Ausnahme von Lebensläufen und Bewerbungsunterlagen mittels unverschlüsselter E-Mail verschickt.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig und wird vom Bereich Invalidenversicherung 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="text"/> Frau <input type="text"/> 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.