

Procuration/Autorisation

- Procuration** La personne/l'administration dénommée me représente entièrement à l'égard des Caisses de compensation EXFOUR pour les transactions marquées d'une croix.
- Autorisation** La personne/l'administration dénommée est autorisée de demander des informations auprès des Caisses de compensation EXFOUR en matière des transactions marquées d'une croix.

Veuillez cocher les transactions qui vous concernent

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rentes AVS | <input type="checkbox"/> Cotisations à l'AVS/AI/APG | <input type="checkbox"/> Mesures de l'AI (médicales/professionnelles) et moyens auxiliaires |
| <input type="checkbox"/> Prestations complémentaires (PC) | <input type="checkbox"/> Allocations de perte de gain (APG) | <input type="checkbox"/> Rentes AI, indemnités journalières AI (office AI et caisse de compensation) |
| <input type="checkbox"/> Financement des soins (FS) | <input type="checkbox"/> Allocations familiales (AF) | <input type="checkbox"/> Allocations pour impotents (office AI et caisse de compensation) |
| | <input type="checkbox"/> Allocations en cas de maternité | |

► Cette procuration/autorisation est valable pour les transactions marquées d'une croix jusqu'à révocation par écrit.

Obligation de renseigner

Des changements dans la situation matérielle et personnelle peuvent influencer le montant de certaines prestations. Pour cette raison, des tels changements sont à communiquer immédiatement et sans rappel à l'agence AVS du domicile ou à la Caisse de Compensation EXFOUR. Le/la signataire note que des prestations perçues à tort doivent être restituées.

Mandataire

| | |
|---|-----------|
| No. d'assuré pour les personnes physiques | |
| Nom | Prénom |
| Adresse | CP, lieu |
| Telephone | E-Mail |
| Date | Signature |

Mandant/e

| | |
|--------------|----------------------------|
| No. d'assuré | ou no de décompte (xx.xxx) |
| Nom | Prénom |
| Adresse | CP, lieu |
| Date | Signature |

► Au cas qu'il n'est pas possible d'obtenir une signature pour des raisons de santé il faut joindre un certificat médical.

Caisse de compensation AVS Exfour
Malzgasse 16
4052 Bâle

Pour le renvoi simplifié du questionnaire: Plier et mettre dans une enveloppe C5 à fenêtre suffisamment affranchie