

Vertretungsvollmacht

Rechtshandlungen mit der Pensionskasse SBV: Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die nachstehende, als Bevollmächtigter / Bevollmächtigte bezeichnete Person, meine Interessen hinsichtlich der Pensionskasse SBV wahrzunehmen. Diese Vollmacht umfasst die Vertretung vor der Pensionskasse SBV in sämtlichen Angelegenheiten.

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Vorname

Name

Versichertennummer

Geburtstag

756.

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Ich wünsche, dass die Pensionskasse SBV ab sofort sämtliche Korrespondenz dem / der Bevollmächtigten zustellt. Ausserdem befreie ich die Pensionskasse SBV von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem / der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort und Datum

Unterschrift (evtl. gesetzliche Vertretung)

Sofern eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, muss ein entsprechendes Arzzeugnis beigelegt werden.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Firma

Vorname und Name

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail

Ort und Datum

Unterschrift

Pensionskasse **SBV**

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

consimo
Pensionskasse SBV
Sumatrastrasse 15
8006 Zürich