

Vollmacht für die Zustellung der Korrespondenz an eine Drittperson

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nr.: _____

Korrespondenzadresse

Hiermit erteile ich der Sammelstiftung Symova den Auftrag, alle Korrespondenz an folgende Adresse zuzustellen:

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Diese Vollmacht kann jederzeit **widerrufen** werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Vollmacht bitte unterschrieben an die untenstehende Adresse zustellen.

