

Vollmacht

Vollmachtgeber / in:

Versicherte / rentenbeziehende Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

AHV-Nr:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Zeitliche Beschränkung der Vollmacht:

- ☐ Diese Vollmacht ist zeitlich unbeschränkt gültig.
- ☐ Die Vollmacht gilt bis zum Datum: _____

Vollmachtnehmer/-in

Ich bevollmächtige untenstehende Vollmachtnehmer/-in, Auskunft über die berufliche Vorsorge bei der Sammelstiftung Symova einzuholen. Dies erlaubt dem Vollmachtnehmer, die Daten so zu bearbeiten bzw. zu verwenden, dass sie für die gewünschten Zwecke verwendet werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Vollmachtnehmer/-in damit unter Umständen auch Einsicht in schützenswerte Daten erhält. Eine Weitergabe der Daten/Auskunft über die berufliche Vorsorge an andere Dritte ist untersagt.

Name:

Vorname:



Beziehung: (z. B. (Ehe-) Partner/in, Arbeitgeber usw.)

Unternehmung (falls zutreffend):

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Umfang der Vollmacht:

☐

Vollumfänglich in Bezug auf die berufliche Vorsorge

☐

Auskünfte über: (z. B. Vorbezug WEF / Verpfändung, vorzeitige Pensionierung, usw.)

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

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten / rentenberechtigten Person

Vollmacht bitte unterschrieben zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers (versicherte oder rentenberechtigte Person) an die untenstehende Adresse zustellen.

