

## Vollmacht

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

### Ermächtigt hiermit die bevollmächtigte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sie in allen die Ascaro Vorsorgestiftung betreffenden Angelegenheiten gültig zu vertreten. Die Zustellung aller Postsendungen soll ab sofort an

- die versicherte Person oder
- die bevollmächtigte Person erfolgen

Die bevollmächtigte Person ist insbesondere berechtigt Erklärungen abzugeben und Unterschriften zu leisten. Die rentenberechtigte Person anerkennt hiermit alle Handlungen und Erklärungen der bevollmächtigten Person als für Sie rechtsverbindlich und genehmigt diese im Voraus.

**Bitte legen Sie eine Kopie eines gültigen amtlichen Ausweises (Pass/ID) von Ihnen und der bevollmächtigten Person bei.**

---

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person

---

---

Ort/Datum

Unterschrift bevollmächtigte Person

---