

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
