

Vollmacht zur Auskunftserteilung / Vertretung in Vorsorgeangelegenheiten

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen.

1. Vollmachtgebende Person (Arbeitgeber / Mitglied)

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Vertreten durch

2. Bevollmächtigte (juristische oder natürliche) Person

Name / Name Firma

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Vertreten durch

E-Mail

Telefon

Die vollmachtgebende Person erlaubt der bevollmächtigten Person Informationen der Asga Pensionskasse über die berufliche Vorsorge einzuholen. Die vollmachtgebende Person entbindet die Asga Pensionskasse von ihren gesetzlichen Geheimhaltungs- und Schweigepflichten. Mit der Bekanntgabe der zur Beantwortung notwendigen Daten ist die vollmachtgebende Person einverstanden.

Die Vollmacht gilt (bitte ankreuzen):

- ☐ nur für Auskünfte: Die bevollmächtigte Person wird ermächtigt, Auskünfte einzuholen.
- ☐ zur Vertretung: Die bevollmächtigte Person vertritt das Mitglied gegenüber der Asga Pensionskasse vollumfänglich.

Die Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Der Widerruf ist jederzeit möglich. Der Vollmachtgeber informiert die Asga Pensionskasse über den Widerruf.

Es gilt Schweizer Recht. Gerichtsstand ist Sitz des Vollmachtgebers bzw. der zwingende gesetzliche Gerichtsstand.

Ort

Datum

Vollmachtgebende Person (Arbeitgeber / Mitglied)

Unterschrift

Unterschrift

Name / Funktion

Name / Funktion

Hinweis:

- Unterschrift(en) gemäss HR eingetragener Zeichnungsregel



▼ Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit den benötigten Unterlagen an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.