

Vollmacht zur Auskunftserteilung / Vertretung in Vorsorgeangelegenheiten

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen.

1. Vollmachtgebende Person (versicherte / rentenbeziehende Person)

Name	Vorname	
Sozialversicherungs-Nr.	Geburtsdatum	
Strasse, Nr.	PLZ	Ort
E-Mail	Telefon	

2. Bevollmächtigte Person

Name	Vorname	
Sozialversicherungs-Nr.	Geburtsdatum	
Strasse, Nr.	PLZ	Ort
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 mich gegenüber der Asga Pensionskasse vollumfänglich.
Sämtliche Korrespondenz soll an die Adresse der bevollmächtigten Person zugestellt werden.

Die Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Sie erlischt nicht durch den Tod der vollmachtgebenden Person.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift der vollmachtgebenden Person (versicherte / rentenbeziehende Person)

Bitte ID- oder Passkopie diesem Formular beilegen zur Prüfung der Unterschrift.



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