

Vollmacht

Versicherte Person	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Arbeitgeber	Arbeitgeber-Nr.
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
E-Mail	Telefon
Die Vollmacht gilt <input type="checkbox"/> bis auf Widerruf <input type="checkbox"/> bis Datum	

Vollmachtnehmer/-in	
Name	Vorname
Firma	Funktion in der Firma
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
E-Mail	Telefon
Auskunft über*	

* z.B. sämtliche Belange der beruflichen Vorsorge, zur vorzeitigen Pensionierung oder zur Wohneigentumsförderung etc.

Ich bevollmächtige obenstehende Vollmachtnehmer/-in, Auskunft über die berufliche Vorsorge bei der Previs einzuholen und die Daten so zu bearbeiten, dass sie für die gewünschte Auskunft aussagekräftig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Vollmachtnehmer/-in damit auch Einsicht in schützenswerte Daten erhält. Eine Weitergabe der Daten/Auskunft über die berufliche Vorsorge an andere Dritte ist untersagt.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Diese Vollmacht ist der Previs zusammen mit der Anfrage einzureichen.

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern