

Vollmacht Arbeitnehmer/-in

Versicherte Person	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Strasse und Nummer	PLZ und Ort
Telefon	E-Mail
Diese Vollmacht gilt <input type="checkbox"/> bis auf Widerruf <input type="checkbox"/> bis am	

Vollmachtnehmer/-in	
Name	Vorname
Firma	Funktion
Strasse und Nummer	PLZ und Ort
Telefon	E-Mail
Auskunft über *	

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

Ich bevollmächtige obenstehende Vollmachtnehmer/-in, Auskunft über die berufliche Vorsorge bei der Previs Vorsorge 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 versicherte Person <i>(Bitte Kopie eines amtlichen Ausweises (ID oder Pass) beilegen)</i>
------------	---

Diese Vollmacht ist der Previs Vorsorge zusammen mit der Anfrage einzureichen.

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern