

FORMULAR FÜR RENTNER/-INNEN

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende Vollmachtnehmer/-in meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber der Sulzer Vorsorgeeinrichtung in Winterthur zu vertreten. Dies betrifft insbesondere die Zustellung der Korrespondenz und die Auskunftserteilung.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass sämtliche Änderungen wie Adresse, Konto oder Zivilstand sofort und unaufgefordert der Sulzer Vorsorgeeinrichtung zu melden sind.

Vollmachtgeber/-in

Name und Vorname

Personal-Nr.

Strasse

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis beizulegen.

Vollmachtnehmer/-in

Name und Vorname

E-Mail

Strasse

Telefon

PLZ/Ort

Beziehung zum Vollmachtgeber/-in (Sohn/Tochter, etc.)

Datum

Unterschrift

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Bitte ausgefüllt zurücksenden an: Sulzer Vorsorgeeinrichtung, Zürcherstrasse 12, Postfach, 8401 Winterthur