

Telefon 031 321 66 99
personalvorsorgekasse@bern.ch
www.pvkbern.ch

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern
Laupenstrasse 10
Postfach
3001 Bern

Vollmacht für die Auskunft-Erteilung an Dritte (Personalverantwortliche)

Vollmachtgeber/in (Versicherte Person)

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. 756. _____
Arbeitgebender _____

Vollmachtnehmer/in (Mitarbeitende Personalverantwortliche)

Name _____ Vorname _____
Funktion _____
Arbeitgebender _____

Der Vollmachtgeber / die Vollmachtgeberin bevollmächtigt hiermit den Vollmachtnehmer / die Vollmachtnehmerin bei der Personalvorsorgekasse der Stadt Bern folgende Auskünfte einzufordern:

Simulationsberechnungen für einen vorzeitigen Altersrücktritt per _____

Simulationsberechnungen für einen Auskauf von Rentenkürzungen per _____

Diese Vollmacht ist auf sechs Monate ab Unterzeichnung befristet.

Bemerkungen

Ort / Datum

Unterschrift versicherte Person

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer/in