

Vollmacht

für Anfragen an die Personalvorsorgekasse der Stadt Bern

Angaben zur versicherten Person (Vollmachtgeber):

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Angaben zum Vollmachtnehmer:

Name _____ Vorname _____

Funktion _____

Arbeitgeber _____

Der Vollmachtgeber bevollmächtigt hiermit den Vollmachtnehmer 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.

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtgeber

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer