

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

Personalvorsorgekasse der Stadt Bern
Laupenstrasse 10
Postfach
3001 Bern

Vollmacht für die Auskunftserteilung an Dritte (Personaldienst)

Vollmachtgebende (versicherte Person)

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

WICHTIG Diese Vollmacht ist auf **sechs** Monate ab Unterzeichnung befristet.
Der versicherten Person ist eine Kopie der Korrespondenz zuzustellen? ☐ Ja ☐ Nein

Vollmachtnehmende (Mitarbeitende, bzw. personalverantwortliche Person)

Name	_____	Vorname	_____
Funktion	_____		
Arbeitgebende	_____		

Die versicherte Person bevollmächtigt hiermit folgende Auskünfte bei der PVK einzufordern:

- ☐ Simulationsberechnungen für einen vorzeitigen Altersrücktritt per _____
- ☐ Simulationsberechnungen für einen Auskauf von Rentenkürzungen per _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Bemerkungen

Ort / Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort / Datum

Unterschrift des Vollmachtnehmenden