

Formular drucken

Aargauische Pensionskasse
Hintere Bahnhofstrasse 8
Postfach
5001 Aarau

Vollmacht der Versicherten für Drittpersonen

Ich erteile der nachstehend genannten Person (bevollmächtigte Person) die Vollmacht, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die das Vorsorgeverhältnis zwischen mir und der Aargauischen Pensionskasse (APK) betreffen. Von dieser Vollmacht ausgenommen ist nur die Befugnis, Prozesse zu führen.

Die APK wird gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht entbunden.

Bevollmächtigte Person

| | | | |
|--------------|-------|--------------|-------|
| Name | _____ | PLZ, Ort | _____ |
| Vorname | _____ | Ort, Datum | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Unterschrift | _____ |
| Strasse, Nr. | _____ | | |

Die Vollmacht sowie die damit verbundene Entbindung von der Schweigepflicht sind gültig bis auf Widerruf.

Die vollmachtgebende Person

| | | | |
|--------------|-------|--------------|-------|
| Name | _____ | PLZ, Ort | _____ |
| Vorname | _____ | Ort, Datum | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Unterschrift | _____ |
| Strasse, Nr. | _____ | | |