

VOLLMACHT & ZUSTELLUNGSVOLLMACHT

Meine Sozialversicherung / Zusatzversorgung / betriebliche Altersversorgung / private Altersvorsorge betreffend, erteile ich hiermit die Vollmacht zu meiner Vertretung bis auf Widerruf an:

Herrn Rentenberater Manfred Heck
Mühlenweg 2 / D-79650 Schopfheim
0049 (0) 7622 610 20 / mh-eichen@online.de

Die Vollmacht umfasst das Verhandeln, die Abgabe und die Entgegennahme von Erklärungen, Bescheiden und sonstigen Rechtsmitteln.

Jeglicher Schriftwechsel hat nur mit meinem Bevollmächtigten zu erfolgen.

Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Sitz des Bevollmächtigten.

Versicherungs-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Datum

Unterschrift