Pensionskasse des Kantons Schwyz
Herrengasse 13
Postfach
6431 Schwyz

**Vollmacht**

Als vollmachtgebende Person

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |   |
| **Strasse:** |  |
| **PLZ/Ort:** |  |
| **Mitglied-Nr.:** |  |
| **oder AHV-Nr:** | **756.** |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Telefon-Nr.:** |  |

erteile ich der folgenden Person

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |   |
| **Strasse:** |  |
| **PLZ/Ort:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Telefon-Nr.:** |  |

die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf Beiträge und Leistungen der Pensionskasse des Kantons Schwyz (PKSZ),
zu vertreten. Ich befreie die PKSZ von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen. Insbesondere stimme ich zu, dass im Einzelfall oder grundsätzlich die Korrespondenz der PKSZ zu Handen des/der Bevollmächtigten geht. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig und soll mit dem Verlust der Handlungs- bzw. Urteilsfähigkeit oder mit dem Tode nicht erlöschen.

*Die Unterzeichneten nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse umgehend schriftlich zu melden.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber/in

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Bevollmächtigte/r