# Vollmacht

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/-in die nachstehende Vollmachtnehmer/-in meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber der SVE (Sulzer Vorsorge-einrichtung) in Winterthur zu vertreten. Dies betrifft insbesondere die Zustellung der Korrespondenz und die Auskunftserteilung.

Es ist mir als Vollmachtgeber/-in und der nachstehend als Vollmachtnehmer/-in bezeichneten Person bekannt, dass Änderungen von Adresse, Konto oder Zivilstand sofort und unaufgefordert der Sulzer Vorsorgeeinrichtung zu melden sind.

**Vollmachtgeber/-in**

Personal Nr. Name/Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Datum Unterschrift

*Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis beizulegen.*

**Vollmachtnehmer/-in**

Name/Vorname

Adresse PLZ, Ort

E-Mail Telefon Nr.

Datum Unterschrift

Beziehung zum Vollmachtgeber/ -in (Sohn / Tochter, etc. )

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:
SVE, Sulzer Vorsorgeeinrichtung, Postfach, 8401 Winterthur