



Vollmacht

Versicherten-Nr. _____ SVN _____
Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____

Hiermit bevollmächtige ich folgende Institution, Person bzw. folgendes Amt, sämtliche Auskünfte und Akten bei der Bernischen Pensionskasse (BPK), Schläflistrasse 17, Postfach, 3000 Bern 22 einzuholen:

Institution _____
Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____
E-Mail _____ Telefon _____
Geburtsdatum _____

Alle Korrespondenz der BPK ist an die Adresse des/der Bevollmächtigte/n zu senden Ja Nein

Rechte und Pflichten

Der/Die Vollmachtgeber/in anerkennt alle, gestützt auf diese Vollmacht vorgenommenen Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte des/der Bevollmächtigten als verbindlich. Er/Sie ist zum Ersatz der daraus entstehenden Kosten verpflichtet.

Der/Die Bevollmächtigte besorgt das Rechtsgeschäft nach bestem Wissen und Gewissen. Er/Sie ist zu Treue und Verschwiegenheit verpflichtet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der rentenbeziehenden Person

Bernische Pensionskasse (BPK)
Abteilung Renten
Schläflistrasse 17
Postfach
3000 Bern 22