

Vollmacht

Portabilitäts-Check

Vollmachtgeber:
(Arbeitnehmer)

Vollmachtnehmer:

Dr. Lutz Gesellschaft
für Pensionsmanagement mbH
Hauptstraße 97
51465 Bergisch Gladbach

Hiermit erteilen ich als Vollmachtgeber dem o.g. Vollmachtnehmer bis auf Widerruf die Vollmacht, alle Daten zu dem bestehenden Direktversicherungs- bzw. Pensionskassenvertrag

Vers.-Nr.: _____

beim Versicherungsunternehmen bzw. Pensionskasse.:

_____ abzurufen.

Darüber hinaus erteile ich dem o.g. Vollmachtnehmer die Vollmacht, Auskünfte zu meiner betrieblichen Altersversorgung bei meinem bisherigen Arbeitgeber:

_____ abzurufen.

Zu den Daten, die dem Vollmachtnehmer weitergeleitet werden sollen, gehören:

- personenbezogene Werte wie Name, Anschrift, Geburtsdatum;
- versicherungstechnische Werte wie Zeitwert, Rückkaufswert, Versicherungssumme, Beiträge;
- Beim bisherigen Arbeitgeber maßgebliche Versorgungsordnung oder Betriebsvereinbarung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift