

St.Galler Pensionskasse  
Rosenbergstrasse 52  
9001 St. Gallen

### **Vollmacht für telefonische Auskunft an Dritte**

#### **Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber**

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Sozialvers.Nr. 756.
Telefon Nr.	E-Mail

#### **Vollmacht für die Zustellung der Korrespondenz an Dritte**

Ich beauftrage die St.Galler Pensionskasse bis auf Widerruf sämtliche Korrespondenz an folgende Adresse zuzustellen und der Vollmachtnehmerin / dem Vollmachtnehmer telefonisch Auskunft zu erteilen.

#### **Vollmachtnehmerin oder Vollmachtnehmer**

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Geburtsdatum	
Telefon Nr.	E-Mail

Ort / Datum

Ort / Datum

.....  
Unterschrift Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber

.....  
Unterschrift Vollmachtnehmerin oder Vollmachtnehmer

Vorname Name

Vorname Name