

Vertretungsvollmacht Rentenbeziehende

Vollmachtgebende Person:

Vorname/Name: Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Strasse und Hausnr.:

PLZ/Ort: Land:

Steuerdomizil, falls von Wohnadresse abweichend (z. B. bei Wohnsitz im Alters- und Pflegeheim):

Strasse und Hausnr.:

PLZ/Ort: Land:

Bevollmächtigte Person:

Vorname/Name: Geburtsdatum:

Strasse und Hausnr.:

PLZ/Ort: Land:

E-Mail: Telefon:

Vollmacht

Die vollmachtgebende Person berechtigt die bevollmächtigte Person zu folgenden Handlungen:

Bitte treffen Sie bei jeder der nachfolgenden Vollmachten Ihre Wahl durch Ankreuzen.

		Ja	Nein	
A	Adressänderung	Meldung einer neuen Adresse (Wohn- und/oder Steuerdomizil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Korrespondenzanschrift	Zustellung der Korrespondenz an die bevollmächtigte Person c/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Bankverbindung	Meldung von neuen Bankverbindungen der rentenbeziehenden Person (Überweisungen an Dritte sind durch Verfügung einer Behörde möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Steuerdokumente	Einmalige Zustellung von Steuerdokumenten (Rentenbescheinigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gültigkeit dieser Vollmacht: unbefristet befristet bis am:*

*ohne Angabe gilt die Vollmacht bis zum Widerruf

Zwingend erforderliche Beilagen

- Ausweiskopie mit Unterschrift der vollmachtgebenden Person (ohne Ausweiskopie wird die Vollmacht nicht akzeptiert)
- Bei Änderung der Bankverbindung: Nachweis über IBAN und Kontoinhaber (z. B. Kontoauszug)

Ort und Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person

Bitte senden Sie dieses Formular im **Original** inklusive aller notwendigen Beilagen zurück an:
Pensionskassen der F. Hoffmann-La Roche AG, CH-4070 Basel (siehe Rückseite).

Pensionskassen der F. Hoffmann-La Roche AG
Rentnerbetreuung
4070 Basel
Schweiz

Pensionskassen der F. Hoffmann-La Roche AG
Rentnerbetreuung
4070 Basel
Schweiz