

Vollmacht gegenüber der Liberty Freizügigkeitsstiftung

Vollmacht Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber nachstehende als Vollmachtnehmer bezeichnete Person, meine Interessen in Bezug auf meine Freizügigkeitsguthaben aus der beruflichen Vorsorge gegenüber der Liberty Freizügigkeitsstiftung, Steinbislin 19, Postfach 733, 6431 Schwyz, zu vertreten.

Es ist mir als Vollmachtgeber und der nachstehend als Vollmachtnehmer bezeichneten Person bewusst, dass für die Vermögensverwaltung oder für eine Auszahlung meines Freizügigkeitsguthabens (z.B. infolge Abreise ins Ausland, Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit, usw.), trotz der vorliegenden Vollmacht, weiterhin alle Formalitäten durch die als Vollmachtgeber bezeichnete Person vorgängig erfüllt sein müssen.

Gültigkeit Diese Vollmacht ist bis zu ihrem Widerruf gültig.

Konto/Depot Kunden-/Portfolionummer

Vollmachtnehmer Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon

Unterschrift Vollmachtnehmer Ort, Datum Unterschrift

Vollmachtgeber Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon

Unterschrift Vollmachtgeber Ort, Datum Unterschrift

Beilage – Kopie Pass/ID Vollmachtnehmer