

Vollmacht gegenüber der Lealta 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 Lealta Freizügigkeitsstiftung, Rubiswilstrasse 14, Postfach 51, 6430 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

**Vollmacht-
nehmer**

Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon

**Unterschrift
Vollmacht-
nehmer**

Ort, Datum Unterschrift

Vollmachtgeber

Name Vorname

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon

**Unterschrift
Vollmachtgeber**

Ort, Datum Unterschrift

Beilage – Kopie Pass/ID Vollmachtnehmer