

# VOLLMACHT

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin)  
Name, Vorname

Geburtsdatum                      Geburtsort                      Telefon

Wohnanschrift

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_ (bevollmächtigte Person)  
Name, Vorname

Geburtsdatum                      Geburtsort                      Telefon

Wohnanschrift

Ich bevollmächtigte die vorgenannte Person gegenüber der Evangelischen Ruhegehaltskasse in Darmstadt, Dolivostraße 10, 64293 Darmstadt, in meinem Namen alle in meiner Versorgungsangelegenheit erforderlichen Erklärungen abzugeben und Handlungen vorzunehmen.

Die Vollmacht schließt die Befugnis zur Entgegennahme der Versorgungszahlungen mit ein.

einverstanden                       nicht einverstanden

Künftig soll meine Post an die Adresse der bevollmächtigten Person versandt werden.

einverstanden                       nicht einverstanden

Diese Vollmacht gilt – solange sie von mir nicht schriftlich widerrufen wird – auch über meinen Tod hinaus. Sie ist im Original vorzulegen.

---

Ort, Datum                      Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

---

Ort, Datum                      Unterschrift der bevollmächtigten Person