

Versicherungsnummer _____

Betriebsnummer: _____

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

_____ (Vollmachtgeber)

KANZLEI DOST
Herrn Mirko Dost
Rentenberater
Diplom-Verwaltungswirt (FH)

Mühlweg 1
82054 Sauerlach

wegen _____

mich vor Behörden und Gerichten zu vertreten.

Die Vollmacht wird erteilt, um meine Ansprüche gegenüber

- den Sozialversicherungsträgern
- den berufsständischen Versorgungseinrichtungen
- den betrieblichen Altersversorgungskassen
- den Zusatzversorgungskassen
- den Versorgungsämtern
- den privaten Versicherungsunternehmen

geltend zu machen.

Sie umfasst auch die Befugnis Zustellungen zu bewirken und entgegenzunehmen, die Vollmacht ganz oder teilweise auf andere zu übertragen (Untervollmacht), Rechtsbehelfe und Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen oder auf sie zu verzichten, den Rechtsstreit oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen, Zahlungen, Urkunden entgegen zu nehmen, Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber Sozialversicherungsträgern und Gerichten im Sozialrechtsweg zu entbinden, Einverständniserklärungen für die Beiziehung von Unterlagen anderer Stellen zu erteilen, sowie Akteneinsicht zu nehmen. Die Vollmacht erstreckt sich auf Neben- und Folgeverfahren aller Art.

Ort: _____ am _____ Unterschrift _____