

Brokermandat

Die Firma

Firma _____ UID-Nr. _____
Adresse _____ PLZ / Ort _____

sowie der Kassenvorstand der Personalvorsorgeeinrichtung
(nachfolgend bezeichnet als "Mandantin")

beauftragt die

Provicons GmbH

Sonnalderain 15
3250 Lyss
Tel. 032 331 05 05
postmaster@provicons.ch
www.provicons.ch

in Ausschliesslichkeit mit der Gestaltung, Überprüfung, Koordination sowie mit der laufenden Betreuung der beruflichen Vorsorge (BVG).

Die Provicons GmbH ist ermächtigt, im Namen der Mandantin Versicherungsunterlagen einzuholen, zu verhandeln und nach Rücksprache mit der Mandantin die Versicherungen zu platzieren und Vorsorgepläne anzupassen. Die Vollmacht umfasst auch das Einholen und die Weitergabe erforderlicher Risikoinformationen sowie Daten aus bestehenden und abgelaufenen Versicherungsverträgen (wie Schaden-Auswertungen, Sammelausweise usw.).

Diese Vereinbarung ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen und kann nach Art. 404 OR jederzeit gekündigt werden. Wenn von der Mandantin gewollt, kann eine einvernehmlich gegenseitig verpflichtende Kündigungsfrist von maximal 6 Monaten vereinbart werden. Eine Kündigung erfolgt schriftlich mittels eingeschriebener Korrespondenz.

Die Mandantin bestätigt zudem, die Allgemeinen Vertragsbedingung der Provicons GmbH zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Die Mandantin

Ort / Datum _____
Name / Vorname _____ Unterschrift _____
Name / Vorname _____ Unterschrift _____

Der Kassenvorstand der Mandantin

Ort / Datum _____
Name / Vorname _____ Unterschrift _____
Name / Vorname _____ Unterschrift _____

Provicons GmbH

Datum _____
Caroline Ruchti _____ Unterschrift _____