

Vollmachtsregelung

für juristische Personen, Personengesellschaften und Einzelfirmen
(gilt für Inhaber/Organe und Bevollmächtigte mit oder ohne Substitution)



Vollmachtsregelung (ausgenommen sind u. a. Kreditkarte und Sach- sowie Vermögensversicherung) zwischen PostFinance und folgender Kund:in:

Partnernummer* _____ Auftragsnummer* _____
* optionale Angaben

1. Angaben zur Kund:in

Firma/Name _____
Strasse (Domizil/Sitz) _____ Nr. _____
PLZ _____
Ort _____
Land _____

2. Geltungsbereich

Die Kund:in, handelnd durch die vertretungsbefugte(n) Person(en) (z. B. Organ, Inhaber:in, Substitutionsbevollmächtigte:r usw.) erteilt der nachfolgenden bevollmächtigten Person die Befugnis, sie gegenüber PostFinance rechtsgültig zu vertreten. Die bevollmächtigte Person ist insbesondere berechtigt, über die auf den Namen der Kund:in bei PostFinance liegenden Vermögenswerte sowie die damit verbundenen Dienstleistungen zu verfügen und andere rechtsverbindliche Erklärungen abzugeben, gewisse neue Dienstleistungen zu eröffnen und unter Umständen die Geschäftsbeziehung zu beenden. Die bevollmächtigte Person hat das gleiche Auskunftsrecht wie die Kund:in, das auch einen eventuellen Zeitraum vor der Erteilung der Vollmacht umfasst. Weiter ist die bevollmächtigte Person berechtigt, im E-Finance Untervollmachten an Dritte (sogenannte E-Rechte) zu erteilen. Die Unterschriften sowie alle Erklärungen und Massnahmen der bevollmächtigten Person sind für die Kund:in verbindlich. Die Vollmachtsregelung erlischt nicht mit dem Tod, der Verschollenerklärung, dem Verlust der Handlungsfähigkeit oder dem Konkurs der Kund:in (Art. 35 OR). Sie bleibt in Kraft, bis sie gegenüber PostFinance schriftlich widerrufen wird, sofern PostFinance für den Widerruf zum gegebenen Zeitpunkt nicht auch andere Kommunikationskanäle zulässt. Die Kund:in bestätigt, dass die gemachten Angaben korrekt sind. Sollten sich Angaben ändern, informiert die Kund:in bzw. die bevollmächtigte Person PostFinance umgehend darüber.

Bevollmächtigte Person 1	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Name	_____	
Vorname	_____	
Strasse	_____ Nr. _____	
PLZ	_____ Ort _____	
Land	_____	
Geburtsdatum	_____	
Funktion	_____	
Nationalität	<input type="checkbox"/> CH andere _____	
Unterschrift der bevollmächtigten Person innerhalb des Feldes anbringen		
Die Vollmachtsregelung gilt:	Zeichnungsart (nur 1 Auswahl möglich)	
<input type="checkbox"/> für diese Geschäftsbeziehung, inkl. zukünftiger Produkte und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> einzeln	<input type="checkbox"/> kollektiv
oder	<input type="checkbox"/> kollektiv Gruppe A**	<input type="checkbox"/> kollektiv Gruppe B**
<input type="checkbox"/> nur für folgende Konto-/Depotnummern	Substitutionsvollmacht (optionale Angabe)	
_____	<input type="checkbox"/> Mit Auswahl dieser Option werden der bevollmächtigten Person Vertretungsbefugnisse gemäss obenstehendem Geltungsbereich erteilt. Sie darf zusätzlich weitere Personen bevollmächtigen .	

oder		
<input type="checkbox"/> nur für Konto-/Depotnummern gemäss beiliegender Liste	Informationen zum Datenschutz finden Sie unter Punkt 4.	

00270_00 DE PF 000045.00



Bevollmächtigte Person 2 Frau Herr

Name _____



Vorname _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

Geburtsdatum _____

Funktion _____

Nationalität CH andere _____**Unterschrift der bevollmächtigten Person innerhalb des Feldes anbringen****Die Vollmachtsregelung gilt:** für **diese** Geschäftsbeziehung, inkl. zukünftiger Produkte und Dienstleistungen

oder

 nur für folgende Konto-/Depotnummern_____

oder

 nur für Konto-/Depotnummern gemäss beiliegender Liste**Zeichnungsart** (nur 1 Auswahl möglich) einzeln kollektiv kollektiv Gruppe A** kollektiv Gruppe B****Substitutionsvollmacht (optionale Angabe)** Mit Auswahl dieser Option werden der bevollmächtigten Person Vertretungsbefugnisse gemäss obenstehendem Geltungsbereich erteilt. Sie darf zusätzlich **weitere Personen bevollmächtigen**.**Informationen zum Datenschutz finden Sie unter Punkt 4.****Bevollmächtigte Person 3** Frau Herr

Name _____



Vorname _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

Geburtsdatum _____

Funktion _____

Nationalität CH andere _____**Unterschrift der bevollmächtigten Person innerhalb des Feldes anbringen****Die Vollmachtsregelung gilt:** für **diese** Geschäftsbeziehung, inkl. zukünftiger Produkte und Dienstleistungen

oder

 nur für folgende Konto-/Depotnummern_____

oder

 nur für Konto-/Depotnummern gemäss beiliegender Liste**Zeichnungsart** (nur 1 Auswahl möglich) einzeln kollektiv kollektiv Gruppe A** kollektiv Gruppe B****Substitutionsvollmacht (optionale Angabe)** Mit Auswahl dieser Option werden der bevollmächtigten Person Vertretungsbefugnisse gemäss obenstehendem Geltungsbereich erteilt. Sie darf zusätzlich **weitere Personen bevollmächtigen**.**Informationen zum Datenschutz finden Sie unter Punkt 4.**

** Bei Bedarf können kollektiv bevollmächtigte Personen in Gruppen eingeteilt werden. Personen der Gruppe A dürfen dadurch nur mit Personen der Gruppe B oder Personen ohne Gruppeneinteilung zeichnen.



3. Vollmacht löschen

Die Vollmacht folgender Person(en) ist zu löschen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mit der Löschung der Vollmacht wird auch eine **allfällig vorhandene E-Finance Ermächtigung sowie PostFinance Card gelöscht.**

4. Datenschutz

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter **postfinance.ch/datenschutz**.

Die Kund:in bestätigt, dazu befugt zu sein, PostFinance Daten zur bevollmächtigten Person bekannt zu geben. Die Kund:in hat auf Verlangen von PostFinance den entsprechenden Nachweis zu erbringen, dass die bevollmächtigten Personen mit der sie betreffenden Bekanntgabe und der weiteren Bearbeitung der Daten einverstanden sind und über die Allgemeine Datenschutzerklärung der PostFinance AG vorab informiert wurden (postfinance.ch/dse).

5. Unterschrift(en) / Anerkennung der Vollmachten

Die Kund:in bescheinigt die Echtheit der oben aufgeführten Unterschriften und anerkennt die erteilten Vollmachten.

Ort _____ Ort _____
Datum _____ Datum _____





Unterschrift*

Unterschrift*

Name _____

Name _____

Vorname _____

Vorname _____

* Unterschrift der vertretungsbefugte/n Person/en (z. B. Inhaber:in, Organ, Substitutionsbevollmächtigte:r usw.).
Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Bitte Formular einsenden an: PostFinance AG, Scan Center, 3002 Bern

