

Vollmacht

Deutsche Post 
ANTWORT

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname

Geburtsdatum

Name

Versichertennummer

die nachstehend genannte Person, mich in allen Angelegenheiten gegenüber der SBK zu vertreten.

weiblich

männlich

divers

Vorname

Geburtsdatum

Name

Straße

Hausnummer

Ort

Postleitzahl

E-Mail-Adresse

Handynummer privat

Festnetznummer privat

Versichertennummer (bitte nur angeben, wenn die Person bei der SBK versichert ist)

Der gesamte Schriftverkehr soll:

weiterhin nur an mich gehen.

stellvertretend an die bevollmächtigte Person gehen.

Diese Vollmacht gilt ab sofort und kann jederzeit durch die vollmachtgebende person schriftlich geändert, widerrufen oder durch die bevollmächtigte Person zurückgegeben werden.

Weitere Angaben zur Vollmacht (optional)

Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person