

# Vollmacht

Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Hiermit bevollmächtige ich,**

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Herrn    Frau

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
Handynummer privat

\_\_\_\_\_  
Festnetznummer privat

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

**mich in allen Angelegenheiten gegenüber der SBK zu vertreten.**

und ab dem heutigen Datum meine Post von der SBK zu erhalten.

Weitere Angaben (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](http://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](mailto:widerruf@sbk.org) oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Versicherter

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Bevollmächtigter

