Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

Bitte senden an

Salus BKK
Barfußgäßchen 15
04109 Leipzig

Vollmacht

§ 13 SGB X ermöglicht es Ihnen, sich gegenüber der Kranken- bzw. Pflegekasse der Salus BKK durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten zu lassen.

Hiermit bevollmächtige ich

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

Krankenversicherungsnummer

☐ Mitglied ☐ familienversichert

Telefonnummer tagsüber *(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)*

die/den nachfolgende(n) Bevollmächtigte(n)

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

Telefonnummer tagsüber *(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)*

▶ **mich in allen Angelegenheiten der**
☐ **Krankenversicherung** ☐ **Pflegeversicherung**
gegenüber der Salus BKK zu vertreten

▶ **Diese Bevollmächtigung erkläre ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Ich bin zu der Erklärung nicht durch Druck Dritter gezwungen worden**

▶ **Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf durch die bevollmächtigende Person oder Rückgabe der Vollmacht durch die/den Bevollmächtigte(n)**

Datenschutzhinweis: Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ich erteile die Vollmacht

X

Ort, Datum **Unterschrift**

A190729/01.06/PDF • Stand 11/21