

IKK Brandenburg und Berlin  
Service Center Berlin  
Keithstraße 9/11  
10787 Berlin

## VOLLMACHT

§ 13 SGB X ermöglicht es, dass sich jede(r) Versicherte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine(n) Bevollmächtigte(n) vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein.

### Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort
KVNR	Telefon*

### die/den Bevollmächtigte/n

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort
	Telefon*

die Interessen des/der Versicherten für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der IKK BB und zugleich mit der IKK BB Pflegekasse wahrzunehmen. Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch den Versicherten/die Versicherte oder Rückgabe der Vollmacht durch den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte.

### Ich erteile Vollmacht:

Datum	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter / Betreuer)
-------	---