

IKK Brandenburg und Berlin
Service Center Frankfurt (Oder)
Ferdinandstraße 13
15230 Frankfurt (Oder)

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)
-------	---

Vollmacht_11_18_MMM

*freiwillige Angabe

Datenschutzhinweis: Bitte beachten Sie unsere [Hinweise zur Datenverarbeitung](#) nach Art. 13 DSGVO.