

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Absender

Versichertennummer:

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich,


_____ 
Vorname, Name Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

folgende Person

_____ 
Vorname, Name Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

meine Interessen für

alle Angelegenheiten mit der **Kranken- und Pflegekasse** der IKK Südwest wahrzunehmen
(Generalvollmacht)

oder

alle Angelegenheiten mit der **Krankenkasse** der IKK Südwest

alle Angelegenheiten mit der **Pflegekasse** der IKK Südwest



Vorname, Name: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

folgende einzelne Angelegenheit mit der **Krankenkasse** der IKK Südwest

Bitte bezeichnen Sie die Angelegenheit genau

folgende einzelne Angelegenheit mit der **Pflegekasse** der IKK Südwest

Bitte bezeichnen Sie die Angelegenheit genau

wahrzunehmen.

Einschränkungen der Vollmacht

Die Vollmacht für die ausgewählten Angelegenheiten beschränke ich auf:

Auskünfte erhalten, Anträge stellen und Erklärungen abgeben

Briefe sollen weiterhin nur an mich (Vollmachtgeber) versandt werden

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch mich oder Rückgabe durch die bevollmächtigte Person.

Ort

| | | | | | | | | |
Datum

Unterschrift der/des Versicherten

