Beratung unter **0421 - 36550** und über **info@hkk.de**

Absender

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

Vollmacht

Zur Wahrnehmung der Interessen der Beteiligten für alle das Verwaltungsverfahren betreffende Angelegenheiten im Zusammenhang mit der hkk-Krankenkasse und der hkk-Pflegekasse

§ 13 SGB X ermöglicht es, dass sich jede*r Beteiligte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine*n Bevollmächtigte*n vertreten lassen kann. Bevollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht entgeltlich fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein oder ohne, dass es sich bei der vorgenommenen Rechtsdienstleistung um eine Nebenleistung handelt, die zulässigerweise zu seiner Haupttätigkeit gehört.

Hiermit bevollmächtige ich _____

geb. am _____ Versichertennummer | | | | | | | | | | |

Anschrift _____

Telefon _____
(optional)

die/den Bevollmächtigte*n ☐ Frau ☐ Herr ☐ keine Angabe

Name, Vorname _____

geb. am _____

Anschrift _____

Telefon _____
(optional)

die Interessen der Beteiligten für das Verwaltungsverfahren betreffenden Angelegenheiten im Zusammenhang mit der hkk-Krankenkasse und der hkk-Pflegekasse wahrzunehmen.

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf durch die Beteiligten oder Rückgabe der Vollmacht durch die/den Bevollmächtigte*n.

Ich erteile die Vollmacht:

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber*in (ggf. gesetzliche Vertretung/Betreuung)
(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind)