

## VOLLMACHT

Name, Vorname

Versichertennummer

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Ich bevollmächtige folgende Person, mich in allen Angelegenheiten gegenüber der Kranken- und Pflegekasse zu vertreten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer\*

Bitte kreuzen Sie an, wie der zukünftige Schriftwechsel durch die VIACTIV erfolgen soll:

- Der Schriftwechsel soll weiterhin direkt über mich erfolgen.
- Der Schriftwechsel soll direkt an die von mir bevollmächtigte Person erfolgen.
- Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Ort, Datum

Unterschrift

**DATENSCHUTZHINWEISE:** Die VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter [viactiv.de/datenschutz](https://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Mit einem \* (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden.