

# VOLLMACHT

Name Vorname Versichertennummer

Straße Hausnummer

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

Name Vorname Telefonnummer\*

Straße Hausnummer

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.  
**Wichtig zu wissen:** Bei der Wahl dieser Option ist die Nutzung unserer App VIACTIV - Service nicht mehr möglich.
  - Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Ort, Datum

## Unterschrift

VIACTIV Pflegekasse  
Zentraler Posteingang  
44775 Bochum

