

VOLLMACHT

Name

Vorname

Versichertennummer

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

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

Name

Vorname

Telefonnummer*

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Bitte kreuzen Sie an, wie der zukünftige Schriftwechsel durch die V I A C T I V 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 V I A C T I V - Service nicht mehr möglich.
- ☐ Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus gelten.

Ort, Datum

Unterschrift

DATENSCHUTZHINWEISE: Die V I A C T I V 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 oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (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.

VIActiv Pflegekasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

