VIACTIV Krankenkasse

VOLLMACHT

Name	Straße, PLZ, Ort	Versichertennummer

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

Name, Vorname	Geburtsdatum

Adresse	Telefon (freiwillige Angabe)

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.

_____ _____

Datum Unterschrift

Datenschutzhinweise:
Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 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 Service-Center 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.