

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt an uns zurück:

vivida bkk
78044 Villingen-Schwenningen

Hiermit erteile ich folgende Vertretungs- und Empfangsvollmacht:

Vorname Name, Geburtstag bzw. Versicherungsnummer

Zur Wahrnehmung meiner Interessen für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der vivida bkk und der vivida bkk Pflegekasse erteile ich hiermit zu
meiner Entlastung

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Vorname / Name
Geburtsdatum
Straße / Haus-Nr.
PLZ / Wohnort
Telefon

diese Vertretungs- und Empfangsvollmacht.

Die Vollmacht ist bis zu ihrem Widerruf gültig, löst zuvor erteilte Vollmachten ab und erstreckt sich auf die **folgenden Verfahren**:

- Der Bevollmächtigte erteilt rechtswirksame Erklärungen – auch Willenserklärungen – gegenüber der vivida bkk und Pflegekasse.
- Die Zustellung von Mitteilungen und Bescheiden erfolgt gegenüber dem Bevollmächtigten.
- Der Informationsaustausch – auch zu personenbezogenen Daten – erfolgt zwischen dem Bevollmächtigtem und der vivida bkk und Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

<p>Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz</p>
--