

# Vollmacht inkl. Genehmigung zur Nutzung der Gesundheits-App active365 (Auszahlung von activePoints)

**1 Minderjährige Person (ab 16 Jahren)  
(Teilnehmer/in active365)**

Frau  Herr

Name  Vorname  Strasse/Nr.

PLZ/Ort  Versicherten-Nr.  Geburtsdatum

**2 Gesetzliche/r Vertreter/in**

Frau  Herr  Herr und Frau

Name  Vorname  Strasse/Nr.

PLZ/Ort  Geburtsdatum  Telefon

E-Mail

**Hiermit bevollmächtige/n ich/wir die obengenannte minderjährige Person zur Nutzung der Gesundheits-App active365 (Auszahlung von gesammelten activePoints gemäss Nutzungsbestimmungen) und erteile/n hierzu ausdrücklich meine/unsere Genehmigung. Die Vollmachtserklärung gilt ab Datum der Unterzeichnung bis zum schriftlichen Widerruf.**

**Unterschrift**

Ort  Datum  Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in