

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular im Original per Post an:



MGS Meine-Gesundheit-Services GmbH  
Maria Trost 21

56070 Koblenz

Bitte um

## Zurücksetzung des 2FA-Verfahrens

von "Meine Arztrechnung"

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße | Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ | Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Personalnummer

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Verlust meines „Zweiten Faktors“ (auch: second factor) und bitte um dessen Rücksetzung.

Mir ist bekannt, dass dieses Zurücksetzen eine erneute Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA) erfordert, um Zugang zu meinem Account und den darin enthaltenen Daten zu erlangen. Die vorstehend erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zwecke der zweifelsfreien Identifikation erhoben und genutzt. Hierdurch soll ein Zugriff unbefugter Dritter auf meinen Account verhindert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift