



Name und Anschrift - Vollmachtgeber/in

.....
.....
.....

Name und Anschrift - Bevollmächtigte/r

.....
.....
.....

Datum:

**VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung**

Ich,, Versicherungsnummer,
bevollmächtige
mich bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen wie folgt zu vertreten.
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des Art 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen verarbeitete Daten für Zwecke des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens bekannt gegeben bzw. übermittelt werden.
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des Art 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen verarbeitete Daten für Zwecke der Krankenversicherung und Unfallversicherung bekannt gegeben bzw. übermittelt werden.
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten Schriftstücke der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zugestellt werden (Zustellvollmacht).
- Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 1008 ABGB damit einverstanden, dass der/die Bevollmächtigte über eventuelle Guthaben wie z.B. Beitragsguthaben und Vergütungen aus der Krankenversicherung verfügen kann (Geldvollmacht).

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail unter dsb@svs.at widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die Übermittlung an den Bevollmächtigten rechtmäßig.

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen unverzüglich durch den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte schriftlich verständigt.

.....
Unterschrift - Vollmachtgeber/in

.....
Unterschrift (und Stempel) - Bevollmächtigte/r