



VOLLMACHT (gebührenfrei nach § 12 SVSG)

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|--|
| VOLLMACHTGEBENDE PERSON | | VSNR/Geburtsdatum | |
| Familienname | | | |
| Vorname | | Titel | |
| Anschrift | Postleitzahl – Ort - Straße / Gasse / Platz - Hausnr. / Stiege/ Tür | | |
| E-Mail | | Telefonnummer | |

| | | | |
|-------------------------------|---|---------------|--|
| BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON | | | |
| Familienname | | | |
| Vorname | | Titel | |
| Anschrift | Postleitzahl – Ort - Straße / Gasse / Platz - Hausnr. / Stiege/ Tür | | |
| E-Mail | | Telefonnummer | |

Ich ermächtige die bevollmächtigte Person, mich bei der Sozialversicherung der Selbständigen zu vertreten (Zutreffendes bitte ankreuzen ☒).

Ich erkläre mich einverstanden, dass

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> der bevollmächtigten Person seitens der Sozialversicherung der Selbständigen verarbeitete Daten übermittelt werden im Sinne des Art. 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO für Zwecke <input type="checkbox"/> des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens <input type="checkbox"/> der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> der Pensionsversicherung |
| <input type="checkbox"/> der bevollmächtigten Person Schriftstücke, die an mich gerichtet sind, zugestellt werden im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG (Zustellvollmacht). |
| <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person über eventuelle Beitragsguthaben und Vergütungen aus der Krankenversicherung verfügen kann im Sinne des § 1008 ABGB (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 die bevollmächtigte Person rechtmäßig.
- Wenn die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlischt, wird die bevollmächtigte Person die Sozialversicherung der Selbständigen unverzüglich schriftlich verständigen.

| | | |
|-------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Datum | Unterschrift vollmachtgebende Person | Unterschrift bevollmächtigte Person |
|-------|--------------------------------------|-------------------------------------|