SVA
GESUND IST GESÜNDER.

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT

Name und Anschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin:

.....

.....

.....

.....

Name und Anschrift des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten:

.....

.....

.....

.....

Datum: .....

VOLLMACHT

für Zwecke der Sozialversicherung
(gebührenfrei gemäß § 46 GSVG)

Ich, ..., Versicherungsnummer .....,

bevollmächtige .....

mich bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu vertreten.

☐ Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 7 Abs. 2 DSG 2000 damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verarbeitete Daten bekannt gegeben beziehungsweise übermittelt werden.

☐ Ich erkläre mich hiermit im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten Schriftstücke der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 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).

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

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

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers/
der Vollmachtgeberin

.....
Unterschrift (und Stempel) des Bevollmächtigten/
der Bevollmächtigten