



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

☐ 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 ☐ des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens ☐ der Krankenversicherung ☐ der Unfallversicherung ☐ der Pensionsversicherung	
☐ der bevollmächtigten Person Schriftstücke, die an mich gerichtet sind, zugestellt werden im Sinne des § 9 Abs. 1 ZustG (Zustellvollmacht).	
☐ die bevollmächtigte Person über eventuelle Beitrags Guthaben 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
-------	--------------------------------------	-------------------------------------