
Name der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Name des Bevollmächtigten

Anschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Anschrift des Bevollmächtigten

Anschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Anschrift des Bevollmächtigten

Beitragskontonummer der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

VSNR oder Beitragskontonummer bzw. FBNr .des
Bevollmächtigten

Datum: _____

VOLLMACHT
für Zwecke der Sozialversicherung
(gebührenfrei gemäß § 110 des Allgemeinen
Sozialversicherungsgesetzes/ASVG)

Hiermit bevollmächtige ich/bevollmächtigen wir _____

- Auskünfte gemäß § 13 Abs. 2 der SV-Datenschutzverordnung 2001 über Daten der vollmachtgebenden Dienstgeberin/des vollmachtgebenden Dienstgebers zu erhalten,
- Die Vertretung gegenüber der Kärntner Gebietskrankenkasse in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten zu übernehmen (§ 1002 ABGB).
- Schriftstücke der Kärntner Gebietskrankenkasse zu empfangen, welche nunmehr an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten zuzustellen sind (§ 9 (1) ZustG)
- Weiters gebe ich/geben wir unter Berufung auf § 35 Abs. 3 ASVG bekannt, dass ich/wir die Erfüllung der mir/uns nach den §§ 33 und 34 ASVG obliegenden Pflichten auf die oben genannte Bevollmächtigte/den oben genannten Bevollmächtigten übertragen habe/n.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Sollte die Vollmacht aus irgendwelchen Gründen erlöschen, wird die Kärntner Gebietskrankenkasse unverzüglich durch die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten schriftlich verständigt.

Vollmacht angenommen:

Unterschrift und Stempel der Vollmachtgeberin/
des Vollmachtgebers (firmenmäßige Zeichnung)

Unterschrift und Stempel des Bevollmächtigten

32/169 11.02.2010