

Name und Anschrift der Vollmachtgeberin/des  
Vollmachtgebers:



---

---

---

Datum:

Beitragskontonummer: \_\_\_\_\_

---

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

Hiermit bevollmächtige ich/bevollmächtigen wir \_\_\_\_\_

- Auskünfte gemäß § 19 Abs. 2 der SV-Datenschutzverordnung idgF über Daten der vollmachtgebenden Dienstgeberin/des vollmachtgebenden Dienstgebers zu erhalten,
- Schriftstücke der Österreichischen Gesundheitskasse zu empfangen, welche nunmehr an die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten zuzustellen sind.
- 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 nicht Zutreffendes streichen!)

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

Vollmacht angenommen:

---

Unterschrift und Stempel  
der/des Bevollmächtigten

---

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