

SICHERE KOMMUNIKATION

Wir erweitern für Sie unser Dienstleistungsangebot. Wir wollen in Zukunft Ihre Anliegen noch unbürokratischer und schneller erledigen. Der Schutz der persönlichen Daten der von Ihnen vertretenen Person(en) ist uns dabei ein wichtiges Anliegen. Schicken Sie uns die Einverständniserklärung, damit wir unseren Service für Sie in folgenden Bereichen optimieren können:

- ✓ **Kommunikation per E-Mail**
- ✓ **Kennwort bei Auskünften**

Kommunikation per E-Mail

Gerne beantworten wir in Zukunft Ihre Anfragen und Anträge auch per E-Mail. Wollen Sie dieses Angebot nutzen, dann geben Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse bekannt. Bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung, legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei (Reisepass, Personalausweis oder Führerschein) und retournieren Sie diese an das angeführte Postfach oder per E-Mail an die SVA-Landesstelle der von Ihnen vertretenen Person(en).

Kennwort bei Auskünften

Datenschutz ist uns ein wichtiges Anliegen. Damit wir in Zukunft am Telefon oder bei Vorsprachen die Identität besser prüfen können, geben Sie bitte ein Kennwort bekannt. So sind persönliche Daten geschützt. Bitte übermitteln Sie uns auch eine Telefonnummer, damit wir Sie im Fall der Fälle telefonisch erreichen können.

Für Fragen rufen Sie bitte 050 808 808

Bitte schicken Sie die Erklärung unterschrieben an folgende Adresse:

**Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
Postfach 10, 1051 Wien**

oder per E-Mail an

die SVA Landesstelle der von Ihnen vertretenen Person(en).

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres amtlichen Lichtbildausweises bei!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Notare**
 Rechtsanwälte
 Wirtschaftstrehänder
 Bilanzbuchhalter
 Vertragspartner
 Pflegevereine (Die von Ihrem Verein vertretenen Personen bitte im Beiblatt anführen!)

Ihre Kanzlei-/Vertragspartner-/Vereinsdaten:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Name:

VPNR (Vertragspartnernummer):

Adresse:
Straße / Haus-Nr. / Stock / Tür

Postleitzahl / Ort

Ihre Personendaten als vertretungsbefugte Person:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

VSNR:

Familienname:

Vorname:

Einwilligung zum Empfang von E-Mails

Ihre E-Mail-Adresse:

Ich möchte die Vorteile des E-Mail-Verkehrs mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) nutzen und bin mit der Übermittlung der personenbezogenen Daten jener Personen einverstanden, mit deren Vertretung ich beauftragt und bevollmächtigt bin bzw. deren Einwilligung ich hierzu eingeholt habe auch per unverschlüsselter E-Mail an oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Diese Einwilligung umfasst auch die Übermittlung besonderer Kategorien von Daten (z.B. Gesundheitsdaten) und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei Ihrer zuständigen SVA-Landesstelle schriftlich widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail rechtmäßig.

Mir ist bewusst, dass der E-Mail-Verkehr kein absolut sicheres Kommunikationsmittel darstellt. Auf die von mir bekannt gegebene(n) E-Mail-Adresse(n) habe nur ich bzw. ein von mir befugter Personenkreis Zugriff.

ja nein

Änderungen zu dieser Erklärung sind ausschließlich unter Verwendung der oben angeführten E-Mail-Adresse möglich!



**BEIBLATT zur EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
für Pflegevereine**

Ihre Personaldaten als vertretungsbefugte Person:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

VSNR:

Familienname:

Vorname:

Personendaten der von Ihnen vertretenen Personen:

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

VSNR:

Familienname:

Vorname:

- Eine Vollmacht liegt bei.
- Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.

VSNR:

Familienname:

Vorname:

- Eine Vollmacht liegt bei.
- Eine Vollmacht wurde bereits in der SVA hinterlegt.



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 Art 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit a DSGVO damit einverstanden, dass dem/der Bevollmächtigten seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verarbeitete Daten für Zwecke des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens bekannt gegeben bzw. übermittelt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail unter dsb@svagw.at widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die Übermittlung an den Bevollmächtigten rechtmäßig.
- 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

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.svagw.at/vvt.