



VOLLMACHT für die Zwecke der Krankenversicherung

Der*die Vollmachtgeber*in (Name und Anschrift)*	SVNR*
	Tel. Nr:

bevollmächtigt

den*die Vollmachtnehmer*in (Name und Anschrift)*	SVNR

*Pflichtfelder

- zur Vertretung gegenüber der KFA in leistungsrechtlichen Angelegenheiten, insbesondere zur Einholung eines Versicherungsdatenauszuges und zur Beantragung des Kostenersatzes für Leistungen von Wahl(zahn)ärzt*innen oder sonstigen Wahlbehandler*innen und zur Einholung von Auskünften darüber.
- Schriftstücke der KFA zu empfangen. Diese sind nun ausschließlich an die*den Vollmachtnehmer*in zuzustellen.
- Weiters gibt der*die Vollmachtgeber*in bekannt, dass die Anzeige- und Auskunftspflichten auf den*die Vollmachtnehmer*in übertragen werden (§26 der Satzungen der KFA).

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

Die Vollmacht gilt ... (Bitte zutreffende Auswahl ankreuzen!)

- unbefristet.
- ist befristet und erlischt am _____ .

Jede Beendigung einer Vollmacht muss der KFA umgehend mitgeteilt werden!

.....
Datum

.....
Unterschrift Vollmachtgeber*in

.....
Datum

.....
Unterschrift Vollmachtnehmer*in

Erläuterungen zur Vollmacht

Sie haben die Möglichkeit, eine Vertrauensperson (wie z.B. nahe Angehörige, Freunde) zu bestimmen, die Sie in leistungsrechtlichen Angelegenheiten gegenüber der KFA vertritt, sollten Sie selbst verhindert sein oder wenn Sie die notwendigen Schritte vorübergehend selbstständig nicht bewerkstelligen können. Das können Sie mit Hilfe einer Vollmacht festlegen! Bei einer Vollmacht handelt es sich um eine (einseitige) Willenserklärung, durch welche Sie als Vollmachtgeber*in eine andere Person (Vollmachtnehmer*in) dazu ermächtigen, bestimmte Angelegenheiten in Ihrem Namen durchzuführen.

Bitte treffen Sie diese Entscheidung – insbesondere welcher Person Sie diese Ermächtigung erteilen – mit größtmöglicher Sorgfalt!

Sie können festlegen, ob die Vollmacht unbefristete Gültigkeit haben soll oder nach einer bestimmten Dauer ihre Gültigkeit verliert. Es ist für Sie jederzeit möglich, die Vollmacht zu widerrufen, z.B. wenn sich das Vertrauensverhältnis zur bevollmächtigten Person geändert hat oder einfach, weil Sie die Aufgabe wieder selber erledigen wollen. Sie können die Vollmacht auf demselben Weg widerrufen auf dem Sie sie auch erteilt haben, indem Sie uns schriftlich bekannt geben, dass Sie die Vollmacht wieder zurückziehen.

Weiters können Sie bestimmen, dass zukünftig alle Schriftstücke ausschließlich an die*den Bevollmächtigte*n zugestellt werden und dass die Anzeige- und Auskunftspflichten (z.B. Änderung der Postadresse) auf die*den Bevollmächtigte*n übertragen werden.

Jede Beendigung einer Vollmacht muss der KFA umgehend mitgeteilt werden!

Wir stellen Ihnen hier eine Vorlage für eine Vollmacht zur Verfügung. Es steht Ihnen jedoch frei, die Vollmacht in anderer Form bei der KFA einzubringen. Bitte beachten Sie dabei, dass die folgenden Angaben jedenfalls enthalten sein müssen: Name und Geburtsdatum (oder Sozialversicherungsnummer) Vollmachtgeber*in, Name und Geburtsdatum (oder Sozialversicherungsnummer) Vollmachtnehmer*in, Bezeichnung der Befugnisse der bevollmächtigten Person (z.B. „Vertretung in leistungsrechtlichen Angelegenheiten“), Ausstellungsdatum der Vollmacht, Ihre persönliche Unterschrift.

