

Vollmacht zur Nutzung der eServices der KFL OÖ

1. Vollmachtgeber (Hauptversicherter)

Name:

Sozialversicherungsnummer:

2. Bevollmächtigte Person

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

3. Umfang der Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____, die oben genannte Person, im Rahmen meiner Versicherung bei der Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete in meinem Namen zu handeln.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- ☐ Nutzung der Zugangsdaten zum eService-Bereich
- ☐ Kommunikation mit dem Kundenservice in meinem Namen

4. Gültigkeit & Widerruf

Diese Vollmacht ist mit sofortiger Wirkung gültig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich vom Vollmachtgeber widerrufen werden.

5. Haftung und Verantwortung

Der Hauptversicherte bleibt für alle Handlungen der bevollmächtigten Person verantwortlich. Die Weitergabe von Zugangsdaten erfolgt auf eigenes Risiko. Die Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete übernimmt keine Haftung für Schäden, die durch eine missbräuchliche Nutzung entstehen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Vollmachtgebers: