

Berechtigung: Bevollmächtigter
für das Web-BE-Kundenportal
(WEBEKU)

Servicecenter der österreichischen
Sozialversicherung

Postfach 52
1025 Wien

- Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular entweder per Post, Fax 050 124 6201 oder E-Mail: sv-servicecenter@itsv.at an uns.
- Sie erhalten die Zugriffsberechtigung anschließend per Post an die bei der SV gespeicherten Firmenadresse
- Wenn Sie bereits eine SV-Internetberechtigung haben, benötigen wir dennoch dieses Formular, damit wir Ihnen die Berechtigung für den Zugriff auf ihre Beitragskonten in WEBEKU erteilen können.
- Zum Schutz Ihrer Daten ist es erforderlich, dass Sie uns sämtliche Änderungen Ihrer berechtigten Personen umgehend bekanntgeben!

Ich beantrage die Berechtigung für den Zugriff auf das Internetportal der österreichischen Sozialversicherung.

Antragsteller

(bitte unbedingt ausfüllen, auch wenn Sie bereits registriert sind)

SV-Internet- Berechtigung vorhanden mittels *)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Kenn- wort</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Bürger- karte</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Kenn- wort	Bürger- karte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kenn- wort	Bürger- karte			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Name	Vorname	Versicherungsnummer (10-stellig)		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Bevollmächtigten

(Wenn Sie über mehrere Beitragskontonummern verfügen, reicht zur sicheren Identifikation Ihres Unternehmens in der SV die Angabe einer Beitragskontonummer samt dem dafür zuständigen KV-Träger)

KVT/Beitragskontonummer	Name oder Firmenwortlaut	
/		
Adresse des Firmensitzes:		
Telefon:	Fax:	E-Mail:

Berechtigungsweitergabe an Dritte

Einsichtnahme auf **alle** Beitragskonten Ihrer Klienten **für:**

SV-Internet- Berechtigung vorhanden mittels *)

Familiename	Vorname	Versicherungsnummer (10-stellig)		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Achten Sie bitte auf die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Firmenstempel

Datum

Unterschrift

*) Sollten Sie hier nichts ankreuzen, werden Benutzername und Kennwort neu vergeben