

Antrag auf Auszahlung von Guthaben Haftungsbetragszahlung durch Auftraggeber

Um eine ordnungsgemäße Bearbeitung sicherzustellen, füllen Sie bitte diesen Antrag vollständig aus.

Firmenwortlaut	Dienstgebernnummer (DGNR)
Name - Einzelunternehmen	Versicherungsnummer (SVNR) bei Einzelunternehmen
UID-Nummer	Firmenbuchnummer
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.)	
Telefonnummer	E-Mail
Bankverbindung des antragstellenden Unternehmens	
SWIFT Code (BIC)	IBAN
Beitragskontonummer(n)	

Ich beantrage die Rückzahlung des Guthabens an die oben angeführte Bankverbindung.

Datum

Unterschrift und Firmenstempel

Hinweise:

Der Antrag auf Auszahlung des Guthabens ist nur dann zweckmäßig, wenn das Guthaben zumindest einen Monatsbeitrag übersteigt.

Das DLZ-AGH erfasst den Guthabenauszahlungsantrag und verständigt den/die zuständigen Krankenversicherungsträger.

Die Rückzahlung des Guthabens ist erst nach Freigabe durch den/die zuständigen Krankenversicherungsträger möglich.

Im Zuge der Bearbeitung dieses Guthabenauszahlungsantrages durch den jeweiligen Krankenversicherungsträger werden **alle** Auftraggeber/innenzahlungen berücksichtigt und kommen - sofern keine dagegenstehenden Gründe vorhanden sind - maximal im Ausmaß des tatsächlichen Beitragsguthabens durch den Krankenversicherungsträger zur Auszahlung.

Sollten Sie diesen Antrag als Vertreter (m/w/d) des Unternehmens stellen, ersuchen wir um Beilage der Vollmacht in Kopie.

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at/datenschutz.