

Antrag auf Auszahlung von Guthaben Haftungsbetragszahlung durch Auftraggeber

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

Antragsteller	Dienstgebernummer (DGNR)	
	Firmenbuchnummer	
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.)		
Telefonnummer/Ansprechpartner		
Bankverbindung	Bankleitzahl	Kontonummer
SWIFT Code (BIC)	IBAN	
Beitragskontonummer/n - Gebietskrankenkasse	Höhe des Guthabens	

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

Datum

Unterschrift

Hinweis:

Das DLZ-AGH verständigt den/die zuständigen Krankenversicherungsträger über den Guthabentrückzahlungsantrag. Die Rückzahlung des Guthabens ist erst nach Freigabe durch den/die zuständige Krankenversicherungsträger möglich.