

Antrag auf Auszahlung von Guthaben Haftungsbetragszahlung durch Auftraggeber/innen

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

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

Ich beantrage die Auszahlung meines 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 Guthabentrückzahlungsantrag und leitet diesen an den/die zuständigen Krankenversicherungsträger weiter.

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/in der/des Dienstgeberin/Dienstgebers stellen, ersuchen wir um Beilage der Vollmacht in Kopie.