

Empfänger

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Kundencenter Steiermark
Körblergasse 115
8010 Graz

Antrag auf Rückzahlung eines Beitragsguthabens aus der GSVG- und/oder FSVG-Versicherung

Ihre zuständiges SVS Kundencenter

Bundesland, in dem Ihr Betrieb
gemeldet ist **Steiermark**

Versicherte(r)

Vorname **Bernd**
Familiename **Malle**
Akademischer Grad **DI**
Sozialversicherungsnummer **1158081079**

Antragstellung

Diese Erklärung wurde bereits telefonisch abgegeben **nein**
Die Antragstellung erfolgt in eigenem Namen **ja**

Adresse

Straße, Hausnummer **Glacisstrasse 21**
Postleitzahl **8010**
Ort **Graz**

Anweisungsdetails

Beitragsguthaben € **795,21**
Hiermit ersuche ich Sie, mein
Beitragsguthaben anzuweisen **ja**

Anweisungsart

Anweisungsart **Bankkonto**
Bankverbindung
Bankbezeichnung **Raiffeisen Landesbank Steiermark**
Name des Kontoinhabers **Bernd Malle**
IBAN **AT513800000000319335**
BIC **RZSTAT2G**

Wenn Sie den Antrag auf dem Postweg einbringen möchten, unterschreiben Sie diesen bitte im folgenden Feld. Wenn Sie den Antrag bereits (mit Handy Signatur) digital signiert und versandt haben, ist dieser Unterschriftenblock für Sie nicht relevant.

Ort und Datum	Unterschrift
Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf der Homepage des jeweiligen Krankenversicherungsträgers oder auf der Homepage des Dachverband der Sozialversicherungsträger unter www.sozialversicherung.at.	