

Antrag auf Rückerstattung von Service-Entgelt

Familiename der/des Versicherten		Versicherungsnummer	
Vorname der/des Versicherten	Titel (akad. Grad)	Kontonummer für die Überweisung	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) der/des Versicherten		Name der Bank	Bankleitzahl

Antrag auf Rückerstattung des Service – Entgelts für eine(n) mitversicherte(n) Angehörige(n):

Familiename der/des Angehörigen		Versicherungsnummer	
Vorname der/des Angehörigen	Titel (akad. Grad)		
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) der/des Angehörigen			

Ich ersuche um Rückerstattung des zuviel gezahlten Service-Entgelts und lege als Nachweis die erforderlichen Belege, wie zB Lohnzettel, vom Dienstgeber ausgefertigte Bestätigungen usw. bei.

Anzahl

..... **Beleg(e) (bitte nur Kopien beischließen)**

Sonstige Mitteilungen

.....

Datum und Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers	Telefonnummer für Rückfragen (tagsüber erreichbar)
---	--