Formular zurücksetzen | Adresse | Formular drucken | Lokales Speichern

SVA
IHRE GESUNDHEITSVERSICHERUNG
SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT

ANTRAG
auf Auszahlung des Kostenzuschusses „SVA-Gesundheitshundert€r“
Maßnahme der Gesundheitsförderung gemäß § 99b GSVG

Antragstellerin/Antragsteller

Vor- und Familienname	VSNR	Geburtsdatum
Adresse		Telefonnummer
Beruf/Art des Gewerbebetriebes		Anzahl d. Beschäftigten/Mitarbeiter

Ich bin bei der SVA krankenversichert ☐ ja ☐ nein

Ich beantrage den „SVA-Gesundheitshundert€r“.

Ich habe das folgende von der SVA-Gesundheitsversicherung **qualitätsgesicherte Programm** absolviert:

Qualitätsgesichertes Programm und Anbieter: Kosten:

.... €

Innerhalb des letzten Jahres habe ich die Vorsorgeuntersuchung sowie ein **individuelles Programm** mit qualifizierten Anbietern (siehe Infoblatt „Anforderungsprofil für Anbieter“) absolviert.

Eine **Kopie des Befundes der Vorsorgeuntersuchung** und **Rechnungskopien** über die entstandenen Kosten lege ich dem Antrag bei.
(Die Einsendung einer Kopie des Befundes der Vorsorgeuntersuchung entfällt bei Vorliegen einer positiven Teilnahme am Programm „Meine Gesundheitsziele“ – MGZ.)

Individuelles Programm und Anbieter: Kosten:

1) .... €
2) .... €
3) .... €
4) .... €
5) .... €

Den Kostenzuschuss überweisen Sie an:

☐ meine Adresse
☐ Bank .....

IBAN

BIC

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Kostenzuschuss zurückzahlen muss, wenn ich bewusst falsche Angaben gemacht habe.

04.11.2014 .....

Datum Unterschrift