



ANTRAG
auf Auszahlung des Kostenzuschusses „SVA Gesundheitshunderter“
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 Gesundheitshunderter“.

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 „Anforderungen an Anbieter und Kooperationspartner“) absolviert.

Eine **Kopie des Befundes der Vorsorgeuntersuchung** 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) €

Als Nachweis der für Sie entstandenen Kosten legen Sie bitte Kopien der Rechnungen bei.

Den Kostenzuschuss überweisen Sie an:

☐ meine Adresse

☐ Bank

IBAN

Age Group	Percentage
18-24	15%
25-34	20%
35-44	15%
45-54	10%
55-64	10%
65-74	10%
75-84	10%
85+	10%

	BIC
--	-----

[illegible]

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.

Datum

Unterschrift