**Antrag auf Guthabenerstattung**

**Bankdaten zur Erstattung von Guthaben (Auszahlungskonto)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mitglieds- bzw. Unternehmensnummer:** | | | | |  |  |  |
|  | | |
|  | | | | | | | |
| Der Antrag auf Guthabenerstattung wird gestellt für | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  |  | - das Unternehmen | | |  |  |  |
|  | | | | | | |  |
|  |  | - die freiwillige Unternehmerversicherung von | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
|  | | Frau/Herrn | | |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| Name des Unternehmens: | | |  |  | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift des  Unternehmens: | | |  |  | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | | | | |
| ggf. Anschrift der freiwillig versicherten Person: | | |  |  | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kontoinhaber (\*): |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geldinstitut (Name/Ort): |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hinweise zur Datenerhebung:

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten ernst. Unter www.bghm.de, Webcode 3167, informieren wir Sie über die Verwendung der Daten, die wir erheben. Auf Wunsch erhalten Sie die Information von uns übersandt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Datum) |  | (Unterschrift/Stempel) |

(\*) Sofern der Unternehmer bzw. die Unternehmerin (als natürliche Person) oder das Unternehmen   
(als juristische Person, z.B. GmbH) nicht mit o.g. Kontoinhaber bzw. Kontoinhaberin identisch ist, bitten wir Sie um nachstehende schriftliche Bestätigung, dass die Guthabenerstattung an den oben abweichend genannten Kontoinhaber bzw. die Kontoinhaberin erfolgen kann.

Hiermit bestätige ich die Erstattung an den abweichend genannten Kontoinhaber bzw. Kontoinhaberin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Name Unternehmer/Unternehmerin bzw. gesetzl. Vertreter/Vertreterin) |  | (Unterschrift/Stempel) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zurück an:**  **Berufsgenossenschaft Holz und Metall**  **Abteilung Mitglieder und Beitrag**  **Postfach 37 80**  **55027 Mainz** |  |