

Name:
Vorname:
Mitgliedsnummer:

An den Vorstand der
Österreichischen Unterstützungskasse
Liebenauer Hauptstr. 2-6
8041 Graz

Antrag auf Auszahlung

von Leistungen aus dem Versorgungsplan (zutreffendes bitte ankreuzen)

„JoblessCare“

„Health´n`App“

Als Grund für den Antrag gebe ich an:

Ich ersuche um rasche Bearbeitung des Antrages; Nachweise und Belege sind beigelegt.

Meine Kontonummer lautet: IBAN

BIC

Unterschrift

Datum

Ort