

**SVA Graubünden**  
**Team Ergänzungsleistungen**  
**Ottostrasse 24**  
**Postfach**  
**7001 Chur**

## Ergänzungsleistungen (EL)

### Antrag zur Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

#### Versicherte Person

Versicherten-Nr.

7 5 6 . . . . .

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

#### Zustelladresse der Verfügung

(nur angeben, wenn der Versand der Verfügung/Mitteilung nicht an die versicherte Person zu erfolgen hat)

Name der Vertretung

Adresse

PLZ, Ort

#### Auszahlung

(nur angeben, wenn nicht identisch mit monatlicher Auszahlung der EL)

Kontoinhaber

Postkonto-Nr.

IBAN-Nr. International Bank Account Number (bei Bankverbindung zwingend anzugeben)

C H . . . . .

