

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

