



KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN
1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 0054
TELEFON +43 1 404 36 - 0

Tel.: +43 1 40436 - 46900
Fax: +43 1 40436 - 9946868
E-Mail: mitgliederevidenz@kfa.co.at

Vorname und Nachname Mitglied: _____

SVNR Mitglied : _____

Ich bestätige hiermit, dass mein Angehöriger Fr./Hr. _____ keine ausländische Pension oder eine dieser gleichzustellenden Leistung bezieht bzw. **keine Pflichtversicherung** im In- oder Ausland besteht.

Ich werde alle Änderungen, betreffend Berufstätigkeit und Krankenversicherung meines Angehörigen, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, unverzüglich der Kasse bekanntgeben. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprochen haben, verpflichte ich mich, den der Kasse dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen.

Datum

Telefonnummer

Unterschrift



Bankverbindung BANK AUSTRIA
IBAN: AT83 1200 0006 1101 7005 BIC: BKAUATWW