



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

Aktenzeichen:
Tel.: +43 1 40436 - 46900
E-Mail: mitgliederevidenz@kfawien.at

Name: _____

Adresse: _____

Tel. und/oder Email: _____

SVNr. : _____

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich ersuche um freiwillige Weiterversicherung während meines Urlaubs ohne Bezüge in der Zeit

von _____ bis _____ bei der KFA.

Unterschrift und Datum



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