



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

**Daten Mitglied:**

SVNR: \_\_\_\_\_

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  verpartnert

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Ich ersuche um Mitversicherung von:**

SVNR: \_\_\_\_\_

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  verpartnert

**Verwandtschaftsverhältnis:**

- |                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gatte/Gattin | <input type="checkbox"/> geschiedene/r Gatte/in       | <input type="checkbox"/> leibliches Kind       |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind    | <input type="checkbox"/> Enkel/in                     | <input type="checkbox"/> Adoptivkind           |
| <input type="checkbox"/> Pflegekind   | <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in            | <input type="checkbox"/> eingetragener Partner |
| <input type="checkbox"/> Vater/Mutter | <input type="checkbox"/> sonstiger Angehöriger: _____ |  |

**Grund :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Datum



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