



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

Wien, 13.10.2022

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 entsprechen haben, verpflichte ich mich, den der Kasse dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen.

Datum

Telefonnummer

Unterschrift



KRANKENFÜRGSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN
1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 322 • TELEFON +43 1 404 36 - 0
DVRN: 0047155

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