



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