

Antrag auf Ausstellung von Wohnsitzbescheinigungen – A/MNE 4

Gültig ab: _____

Familienname/Nachname: _____

Vorname/n: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Angehörige/r:

Familienname/Nachname und Vorname/n	Versicherungsnummer/ Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis

Versicherungsträger (Ausland)

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort, Staat: _____

Gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) der Angehörigen

Straße: _____

Postleitzahl, Ort, Staat: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und werde eintretende Änderungen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse sofort melden. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprochen haben, verpflichte ich mich, den der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen.

_____ Datum

_____ Unterschrift