

Antrag auf Ausstellung von Wohnsitzbescheinigungen – A/TR 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