

## Antrag auf Ausstellung von Wohnsitzbescheinigungen – A/SRB 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