



ANTRAG AUF AUSSTELLUNG DES FORMULARS E109 (S1)

ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN WÄHREND EINES DAUERNDEN AUFENTHALTES VON ANGEHÖRIGEN IN EU- / EWR-STAATEN UND DER SCHWEIZ

schalter-ausland@stgkk.at

Versicherte(r):

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Angehörige(r):

Zuname	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum

Hauptwohnsitz des/der Versicherten in Österreich:

Postleitzahl	Ort	Straße	Hausnummer

Hauptwohnsitz des/der Angehörigen im Ausland:

Postleitzahl	Ort	Straße	Hausnummer

Telefonnummer:

Krankenkasse im Ausland:

Name der Kasse	Adresse

Als AntragstellerIn nehme ich folgendes zur Kenntnis:

Für meine mitversicherten Angehörigen ist das Formular so lange gültig, wie

- 1) ich bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse versichert bin,
- 2) der Hauptwohnsitz meines/meiner mitversicherten Angehörigen an der genannten Adresse im Ausland ist, und
- 3) eine Mitversicherung meines/meiner Angehörigen nach den jeweiligen ausländischen Rechtsvorschriften gegeben ist.

Sobald eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben ist, verliert das Formular seine Gültigkeit. Ich verpflichte mich, jede Änderung bezüglich meiner Person und meiner Angehörigen bzw. des Wohnsitzes **unverzüglich** der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse bekannt zu geben. Kosten, die der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse aus Verletzung der Meldepflicht, aufgrund unwahrer Angaben oder des Verschweigens maßgeblicher Tatsachen entstehen, habe ich zu ersetzen.

.....
Datum

.....
Unterschrift