

Datenmeldung  
Sonderklasseversicherung

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Niederösterreich  
Wipplingerstraße 2  
1010 WIEN

Übermittlung der Meldung gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail ( [wff@arztnoe.at](mailto:wff@arztnoe.at) ).

**Daten des Hauptversicherten:**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail, Telefon

Datenmeldung für die Sonderklasseversicherung **gültig ab:** \_\_\_\_\_

**Vorversicherung:**  JA (Versicherung: \_\_\_\_\_, Polizzenr.: \_\_\_\_\_)  
 NEIN

**Mitversicherung folgender Familienmitglieder ab:** \_\_\_\_\_

*Ehegatte/eingetragener Partner/Lebenspartner:*

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

*Kinder:*

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

