

**ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG**
gemäß § 41 Abs.1 Satzung WFF

[FAQs dazu siehe www.arztnoe.at](http://www.arztnoe.at)

*Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail (wff@arztnoe.at)*

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung ab: _____

Folgende Familienmitglieder sollen mitversichert werden:

Ehegatte/-in / Eingetragene(r) Partner:in / Lebenspartner:in:

Name: _____ geboren am: _____

Kinder:

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Ein Beitritt zu dieser Versicherung ist nur Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich, die keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, möglich.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Versicherung bei Ausscheiden aus dem Wohlfahrtsfonds (zB durch Wechsel in den Wohlfahrtsfonds einer anderen Landesärztekammer, Streichung aus der (Zahn-)Ärzteliste, Führung als außerordentliches Kammermitglied) für alle versicherten Personen mit dem Monat des Ausscheidens endet.

WFF-Mitglieder haben die Möglichkeit, die Versicherung bei Bezug einer Alters- oder Invaliditätsversorgung in eine Einzelversicherung mit der Merkur Versicherung AG ohne Wartezeit und Risikoprüfung nach Maßgabe der dafür geltenden Tarife und Bedingungen umzuwandeln.

Datum

Unterschrift Hauptversicherte(r)

