

**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](mailto: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)

