

Datenmeldung Sonderklasseversicherung

An die
Ärztelammer für Niederösterreich
Abteilung Rechnungswesen
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung auch per E-Mail (wff@arztnoe.at) möglich.

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:in/Lebenspartner:in:

Name: _____ geboren am: _____

Kinder:

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Datum

Unterschrift Mitglied

