

ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG
gemäß § 41 Abs.1 Satzung WFF

FAQs dazu siehe 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

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung gem. § 41 Abs.1 ab: _____

Ich erkläre den Beitritt folgender Familienmitglieder zur Krankheitskostenversicherung

Gem. § 41 Abs. 1 ab: _____

Ehegatte/eingetragener Partner/Lebenspartner:

Name: _____ geboren am: _____

Kinder:

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer:in

