

ANTRAG AN DIE MERKUR VERSICHERUNG AG AUF FORTSETZUNG DER BISHER ÜBER DEN  
WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER NIEDERÖSTERREICH GEMÄSS § 41 Abs. 1  
BESTEHENDEN KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Pol.Nr. \_\_\_\_\_

Daten zum Versicherungsnehmer:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

*Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail ( wff@arztnoe.at ).*

Ich beantrage bei der Merkur Versicherung AG die Fortsetzung meiner über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich bestehenden Krankheitskostenversicherung zu den bisher über den Wohlfahrtsfonds bestehenden Bedingungen.

Die Fortführung bei der Merkur Versicherung AG erfolgt in Form eines gleichartigen Tarifs ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung in der Einzelversicherung. Dieser Einzelversicherungstarif unterliegt den bei der Merkur Versicherung AG gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Antrag auf Fortsetzung gilt für nachstehend angeführte Personen:

Versicherte Personen:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

