



(Name, Anschrift)

(Ort, Datum)

Ärztchammer für Kärnten
Wohlfahrtsfonds
St. Weiterstraße 34, 9020 Klagenfurt
wohlfahrt@aecktn.at
FAX: 0463/5856-80

Betrifft: **KRANKENVERSICHERUNG**

Ich bin seit krankengrundversichert bei:		
Kärntner Gebietskrankenkasse (ASVG)		<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (GSVG)		<input type="checkbox"/>
BVA		<input type="checkbox"/>
Diverses: _____		<input type="checkbox"/>

Ich ersuche um Aufnahme in die Krankengrundversicherung bei der Merkur-Versicherung (<i>über die Ärztekammer für Kärnten</i>) bitte separates Formular „7e Anmeldung KAEK“ ausfüllen	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Ich ersuche ab um Abmeldung von der Krankengrundversicherung der Merkur-Versicherung (<i>über die Ärztekammer für Kärnten</i>)	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Ich bin nicht verheiratet.	<input type="checkbox"/>
Ich bin verheiratet	
und mein Ehepartner hat eine gesetzliche Krankenversicherung bei:	<input type="checkbox"/>
und mein Ehepartner hat keine gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>
und mein Ehepartner hat eine private Sonderklasse-Versicherung bei:	<input type="checkbox"/>
Hiermit ersuche ich Sie mich von seinem Beitrag für die Sonderklasse-Versicherung über die Ärztekammer für Kärnten zu befreien. Eine Kopie der Versicherungspolizze liegt bei.	

<u>Kinder (bis zum vollendeten 27. Lebensjahr):</u>		
1.)
Name	Geb. Datum	krankengrundversichert bei
2.)
Name	Geb. Datum	krankengrundversichert bei
3.)
Name	Geb. Datum	krankengrundversichert bei

.....
(Unterschrift)