

Nach Unterschrift bitte per Fax an 069 24741-68805

oder per Post an: KV Hessen, Mitgliederservice Sonderverträge, „Mein Arzt“,
Postfach 15 02 04, 60325 Frankfurt

Beitrittserklärung der Hausärzte und Fachärzte

Titel, Name, Vorname: _____

Fachrichtung: _____

Straße : _____

Postleitzahl, Ort: _____

LANR: _____

BSNR: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bitte teilen Sie Änderungen dieser Angaben umgehend der KV Hessen mit.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem Vertrag „Mein Arzt“

den die



Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt/M.

mit der

VIACTIV

Krankenkasse

Körperschaft des öffentlichen Rechts, 45064 Essen

geschlossen hat.

Mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung, frühestens jedoch mit
Vereinbarungsbeginn, trete ich für mindestens ein Kalenderjahr bei.

Die Inhalte des Vertrages habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu
erfüllen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift