

An die  
Ärztelkammer für Kärnten  
St. Veiter Straße 34  
9020 Klagenfurt  
[sass@aecktn.at](mailto:sass@aecktn.at)  
FAX: 0463/5856-80

**ACHTUNG: Leistungen** werden erst ab dem  
**Folgemonat nach Antragstellung** zuerkannt!

**Bitte daher um rechtzeitige Einbringung  
des Antrages** (noch fehlende Unterlagen  
können gegebenenfalls nachgereicht werden)!

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

**ANTRAG AUF ZUERKENNUNG DER**

☐ **(vorzeitigen) ALTERSVERSORGUNG**

☐ **INVALIDITÄTSVERSORGUNG**

Versorgungsbezug ab: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
M M J J J J

**DATEN DER ANTRAGSTELLERIN / DES ANTRAGSTELLERS:**

Name: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐  
(Geburtsdatum)

**DIE FOLGENDEN ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN SIND ERFÜLLT:**

- ☐ Erreichung der Altersgrenze (Vollendung des ..... Lebensjahres)
- ☐ Beendigung des Vertragsverhältnisses mit der ÖGK am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Enden der Hausapothekenberechtigung am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Beendigung des Vertragsverhältnisses mit den  
„Kleinen Kassen“ am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Schließung der Ordination am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Beendigung des Dienstverhältnisses am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Gänzliche Einstellung der (zahn-)ärztlichen Tätigkeit am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ Berufsunfähig infolge von \_\_\_\_\_ (Diagnose)  
oder eines Unfalles ☐ Fremdverschulden ☐ Eigenverschulden  
Ich bin ab \_\_\_\_\_ (Datum) ☐ auf Dauer ☐ vorübergehend  
nicht mehr in der Lage, den ärztlichen/zahnärztlichen Beruf auszuüben.

Besteht gegenüber einer anderen Stelle (Pensionsversicherungsträger, Gebietskörperschaft o. ä.) ein

Pensionsanspruch? ☐ Ja von \_\_\_\_\_ seit / \_\_\_\_\_  
☐ Nein

### ANGABEN ZUR KÜNFTIGEN BERUFSAUSÜBUNG:

- ☐ Ich betreibe ab/wie bisher \_\_\_\_\_ (Datum) in \_\_\_\_\_ (Adresse) eine **Privatpraxis**.
- ☐ Ich bin ab/wie bisher \_\_\_\_\_ (Datum) **angestellt**: \_\_\_\_\_ (Dienstgeber)
- ☐ Ich ersuche um Eintragung in die Ärzteliste als **Wohnsitzarzt bei der Ärztekammer für Kärnten**, da ich ab \_\_\_\_\_ folgende ärztlichen Tätigkeiten ausüben werde:
- ☐ Praxisvertretungen ☐ Betriebsarzt/Schularzt ☐ Gutachtertätigkeit
- ☐ sonstige Tätigkeit als: \_\_\_\_\_
- Eine Eintragung in die Ärzteliste als Wohnsitzarzt ist nur möglich, wenn **keine Ordination** mehr betrieben wird und auch **kein Anstellungsverhältnis** besteht.*
- ☐ Ich bin **nicht mehr ärztlich tätig**, nehme zur Kenntnis, dass meine Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes ruht, der Ärzteaussweis abzugeben ist und möchte
- ☐ **kein Kammermitglied mehr sein.**
- ☐ als **außerordentliches Kammermitglied geführt werden**  
*dies ist nur möglich, wenn sich der **Hauptwohnsitz in Kärnten** befindet.*
- ☐ Ich bin **nicht mehr zahnärztlich tätig**.

### SONDERKLASSE (ERSATZ VON KRANKENHAUSKOSTEN) NACH DER PENSIONIERUNG

Ich werde nach meiner Pensionierung Beiträge für die Sonderklasse (den Ersatz von Krankenhauskosten) entsprechend der Beitragsordnung der Ärztekammer für Kärnten leisten ☐ Ja ☐ Nein

*Ein Ersatz von Krankenhauskosten kann jedoch nur erfolgen, wenn der Kammerangehörige zumindest die letzten fünf Jahre vor Bezug der Alters- bzw. Invaliditätsversorgung Beiträge für den Ersatz von Krankenhauskosten entrichtet hat.*

Ich ersuche als außerordentliches Kammermitglied um Bezug der **Kärntner Ärztezeitung**  
(dzt. **EUR 13,00 pro Jahr**) ☐ Ja ☐ Nein

### DATEN ZUM PERSONENSTAND:

- ☐ **ledig**
- ☐ **verheiratet** mit \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_  
seit: \_\_\_\_\_
- ☐ **geschieden** von \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_  
wohnhaft in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Bestehen für Sie aus der früheren Ehe **Unterhaltsverpflichtungen**?
- ☐ Ja, und zwar EUR \_\_\_\_\_ ☐ unbefristet ☐ befristet bis: \_\_\_\_\_
- ☐ Nein
- ☐ **verwitwet** seit: \_\_\_\_\_

### Besteht ein Anspruch auf Kinderunterstützung?

Gemäß § 22 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten besteht für eheliche, uneheliche, legitimierte Kinder oder Wahlkinder von Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein Anspruch auf **Kinderunterstützung**.

Über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus ist die Kinderunterstützung zu gewähren

- a) wenn sich die betreffende Person in **Schul- oder Berufsausbildung** befindet oder Familienbeihilfe bezieht (längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres)
- b) bei **Erwerbsunfähigkeit** infolge körperlicher oder psychischer Störungen, wenn dieser Zustand seit Vollendung des 18. Lebensjahres oder in unmittelbarem Anschluss an die Berufs- oder Schulausbildung besteht, solange dieser Zustand andauert
- c) sofern kein Ausschlussgrund gemäß § 22 Abs. 3 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten zutrifft

Wenn Sie **anspruchsberechtigte Kinder** haben, tragen Sie bitte im Folgenden deren Daten ein. Darüber hinaus ist **je Kind ein separater Antrag** auf Kinderunterstützung zu stellen.

Name:	Geburtsdatum:	(bei Schul-/Berufsausb.) Art u. Ort der Ausbildung	(bei Erwerbsunfähigkeit) Diagnose:

### Bankverbindung für die Überweisung der Alters-/Invaliditätsversorgung:

IBAN \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe, und nehme zur Kenntnis, dass jede Änderung meiner persönlichen Verhältnisse, die meine Anspruchsberechtigung berührt, von mir innerhalb von vier Wochen schriftlich zu melden ist, da ich für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen hafte. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden von der Ärztekammer zurückgefordert.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

### Beilagen (können auch nachgereicht werden):

- ☐ Kopie des **Bescheides der Pensionsversicherung**
- ☐ Kopien der Kassen-**Kündigungsschreiben**
- ☐ Bestätigung über die **Auflösung des Dienstverhältnisses**
- ☐ Bei Beantragung der **Invaliditätsversorgung**: **aktuelle Atteste und Befunde**
- ☐ **Sonstiges:** \_\_\_\_\_