

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

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

**ANTRAG AUF ZUERKENNUNG DER  
WITWENVERSORGUNG**

(gemäß § 21 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten)

**Versorgungsbezug ab:** \_\_\_\_\_

### Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

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

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

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

### Daten der/des Verstorbenen:

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

Sterbetag: \_\_\_\_\_

Todesursache:  Unfall:

### Fremdverschulden

*kein Fremdverschulden*

- Berufskrankheit
- Sonstige

Datum der Eheschließung: \_\_\_\_\_

**Falls frühere Ehen bestanden:**

Name des früheren Ehegatten des Verstorbenen: \_\_\_\_\_

Datum der Ehescheidung: \_\_\_\_\_

Bestand zum Todestag ein **Unterhaltsanspruch** des früheren Ehegatten?  Ja  Nein

**Versorgungsbezug:**  nur aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

(Antragsteller)

*Zusätzlicher Bezug von:*

- Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft
- Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
- \_\_\_\_\_

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

Ich werde 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 bzw. vor seinem Ableben Beiträge entrichtet hat.*

**Bankverbindung für die Überweisung der **Witwen-/Witwerversorgung**:**

IBAN \_\_\_\_\_, (ggf. BIC-Code): \_\_\_\_\_

**Als Nachweise lege ich bei:**

- Sterbeurkunde (Kopie)
- Legitimation Antragsteller/in (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis)

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