

An die
Ärztekammer für Kärnten
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt
sass@aecktn.at
FAX: 0463/5856-80

_____ , am _____

ANTRAG AUF ZUERKENNUNG DER
 WITWENVERSORGUNG
WITWERVERSORGUNG

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

Versorgungsbezug ab: _____

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Wohnadresse: _____, _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer:
(Geburtsdatum)

Daten der/des Verstorbenen:

Name: _____

Sterbetag: _____

Todesursache: Unfall: *Fremdverschulden*
 kein Fremdverschulden
 Berufskrankheit
 Sonstige

Datum der Eheschließung: _____

Datum der Ehescheidung: _____

Es bestand zum Todestag ein **Unterhaltsanspruch** in der Höhe von € _____ monatlich.

Versorgungsbezug: nur aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

(Antragsteller)

Zusätzlicher Bezug von:

- Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft
- Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
- _____

SONDERKLASSE (ERSATZ VON KRANKENHAUSKOSTEN)

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 Tod Beiträge entrichtet hat.

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

IBAN _____, BIC-Code: _____

Als Nachweise lege ich bei:

- Sterbeurkunde
- Scheidungsurteil/Scheidungsvergleich
- Nachweis über die aktuelle Höhe des monatlichen Unterhaltes
- 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 zurückfordert.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers