

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

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

## ANTRAG AUF ZUERKENNUNG DER

### WAISENVERSORGUNG

(gemäß § 23 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten)

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

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

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

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

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer:   
(Geburtsdatum)

Ich beantrage die Zuerkennung der Waisenversorgung nach

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

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

Todesursache:  Unfall:  *Fremdverschulden*  
 *kein Fremdverschulden*  
 Berufskrankheit  
 Sonstige

weil ich

- mich in Schulausbildung befinde  eine Lehre absolviere  
 an der \_\_\_\_\_ - Universität (FH) studiere  
 wegen \_\_\_\_\_ keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann

(Diagnose)

**Angaben zum Personenstand:**  ledig  verheiratet, seit \_\_\_\_\_  
 geschieden

**Angaben zur Einkommenssituation:**

Einkünfte:  Ja  Nein

Sofern ja: Art / Höhe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bankverbindung für die Überweisung der Waisenversorgung:**

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

lautend auf: \_\_\_\_\_

**Als Nachweise lege ich bei:**

- Legitimation Antragsteller/in (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis)
- Geburtsurkunde (wenn noch keine Legitimation vorhanden)

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

(bei Minderjährigen bzw. diesen Gleichzustellenden:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. Sachwalters)

**Ein Anspruch auf Kinderunterstützung besteht nicht:**

- a) während der Dauer des ordentlichen Präsenzdienstes beim österreichischen Bundesheer oder des Zivildienstes
- b) für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und selbst Einkünfte gemäß §2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes 1988 (EStG 1988), BGBl. Nr. 400 – ausgenommen die durch das Gesetz als einkommensteuerfrei erklärten Einkünfte und Entschädigungen aus einem gesetzlich anerkannten Lehrverhältnis – beziehen, sofern diese den im § 5 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376, jeweils festgesetzten monatlichen Betrag übersteigen
- c) bei Verehelichung oder bei Begründung einer eingetragenen Partnerschaft

**Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ist regelmäßig unaufgefordert durch Übermittlung entsprechender Bestätigungen (Schulbesuchs-/Inskriptionsbestätigung, Lehrverträge, ärztliche Atteste) nachzuweisen.**

**Kammerangehörige und Leistungsempfänger haben die Ärztekammer von Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Wohlfahrtsfonds von Bedeutung sind und von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand bzw. der Einkommenssituation unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente binnen vier Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haftet der Säumige bzw. es können zu Unrecht bezogene Leistungen zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.**