

## Antrag auf Versorgungsleistungen des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

Bitte vollständig (in Blockschrift) ausfüllen

### Persönliche Daten

1. Vor- / Nachname \_\_\_\_\_
2. Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Wohnort, Straße, Hausnr.)
3. SV-Nummer \_\_\_\_\_
4. E-Mail \_\_\_\_\_
5. Tel.-Nr. \_\_\_\_\_
6. IBAN \_\_\_\_\_ AT \_\_\_\_\_

### Antrag auf

- Altersversorgung
- frühzeitige Altersversorgung
- Invaliditätsversorgung
- Kinderunterstützung für \_\_\_\_\_ unversorgte Kinder

ab dem \_\_\_\_\_

### Ergänzende Angaben zum Antrag auf Kinderunterstützung

- Vor- / Nachname Kind \_\_\_\_\_
- SV-Nummer (mit Geb.Datum) \_\_\_\_\_
- IBAN Kind (bei Volljährigkeit) \_\_\_\_\_
- Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein
- Vor- / Nachname Kind \_\_\_\_\_
- SV-Nummer (mit Geb.Datum) \_\_\_\_\_
- IBAN Kind (bei Volljährigkeit) \_\_\_\_\_
- Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein
- Vor- / Nachname Kind \_\_\_\_\_
- SV-Nummer (mit Geb.Datum) \_\_\_\_\_
- IBAN Kind (bei Volljährigkeit) \_\_\_\_\_
- Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein

**WICHTIG:** Volljährigen Kindern ist die Kinderunterstützung auf deren eigenes Konto anzuweisen. Ist eine Anweisung auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers gewünscht, dann muss das volljährige Kind (müssen die volljährigen Kinder) dieser Vorgangsweise mittels Unterschrift wie folgt zustimmen:

.....  
Vor- / Nachname

.....  
Unterschrift

.....  
Vor- / Nachname

.....  
Unterschrift

.....  
Vor- / Nachname

.....  
Unterschrift

**Bitte dem Antrag folgende Nachweise beilegen**

– **Pensionskontoerklärung (Beilage):**

Die Überweisung von wiederkehrenden Leistungen auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – nur bei Vorliegen einer auf den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg lautenden Pensionskontoerklärung möglich. Die Pensionskontoerklärung liegt auch bei den Vorarlberger Kreditinstituten auf.

– **bei Antrag auf Kinderunterstützung:**

Wenn das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, dann gebührt die Kinderunterstützung über Antrag grundsätzlich auch über die Volljährigkeit hinaus. Zudem kann eine Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung einen Anspruch auf eine Kinderunterstützung begründen. Bitte dem Antrag einen Nachweis über die Schul- oder Berufsausbildung / Erwerbsunfähigkeit beilegen (Inskriptionsbestätigung, ärztlicher Befund oder dergleichen).

Ich erkläre, dass die in diesem Formular enthaltenen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und die Voraussetzungen für die Zuerkennung der beantragten Leistungen vorliegen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## Merkblatt zum Antrag auf Versorgungsleistungen

eigene Leistungsansprüche	(frühzeitige) Altersversorgung
	Invaliditätsversorgung
Leistungen für Angehörige	Kinderunterstützung

### Altersversorgung

Die Altersversorgung kann ab dem vollendeten 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Voraussetzung für die Gewährung der Altersversorgung ist, dass nachweislich jegliche kassenärztliche Tätigkeit eingestellt worden ist.

### Frühzeitige Altersversorgung

Die frühzeitige Altersversorgung kann ab dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Durch die vorzeitige Inanspruchnahme reduziert sich der Leistungsanspruch durch einen in der Satzung festgelegten Anspruchssatz. Voraussetzung für die Gewährung der frühzeitigen Altersversorgung ist, dass nachweislich jegliche kassenärztliche Tätigkeit eingestellt worden ist und jedes Dienstverhältnis beendet worden ist.

### Invaliditätsversorgung

Die Invaliditätsversorgung wird gewährt, wenn das Mitglied das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist.

### Kinderunterstützung

Kinder von Empfängern einer (frühzeitigen) Alters- oder Invaliditätsversorgung haben bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen bis zur Erlangung der Volljährigkeit Anspruch auf eine Kinderunterstützung.

Im Falle einer Schul- oder Berufsausbildung kann über Antrag die Kinderunterstützung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt werden. Aufgrund körperlicher oder psychischer Krankheiten erwerbsunfähige Kinder haben für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit gleichfalls Anspruch auf eine Kinderunterstützung.

**WICHTIG:** Bei allfälligen Fragen zu den Versorgungsleistungen sowie zu Anspruchsvoraussetzungen und Antragsstellung können Sie sich gerne mit Herrn Christoph Luger (Tel: 05572 21900-37; [christoph.luger@aekvbg.at](mailto:christoph.luger@aekvbg.at)) persönlich in Verbindung setzen.

**Pensionsauszahlende Stelle**

**Kreditinstitut**

Ärztchammer für Vorarlberg  
 Wohlfahrtsfonds

**Pensionskonto - Erklärung**

Name des / der An- spruchsberechtigten:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	
IBAN Pensionskonto:	
bei (Kreditinstitut):	
BIC:	
lautend auf:	

**1. Antrag auf bargeldlose Pensions-/Rentenzahlung**

Bitte überweisen Sie meine Pensions-(Renten-)Leistungen auf das oben angeführte Konto. Ich erkläre, dass ich über dieses Konto verfügungsberechtigt bin. Weiters erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle nach meinem Tod von der pensionsauszahlenden Stelle auf dieses Pensionskonto gutgeschriebenen Geldleistungen vom Kreditinstitut der pensionsauszahlenden Stelle zurück überwiesen werden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers

**2. Erklärung des/der Kontomitinhaber/s für das Pensionskonto**

Oben genanntes Konto wurde im Sinne der "Allgemeinen Geschäftsbedingungen" des kontoführenden Kreditinstituts als Gemeinschaftskonto eröffnet. In diesem Zusammenhang übernehme ich gegenüber der oben genannten pensionsauszahlenden Stelle und dem Kreditinstitut die Haftung für die Rückzahlung aller auf dieses Konto überwiesenen Leistungen, welche die pensionsauszahlende Stelle in Folge des Ablebens des ihr gegenüber anspruchsberechtigten Kontomitinhabers zurück zu fordern hat, die aber auf dem oben genannten Konto wegen Disposition meinerseits, wegen Durchführung von Aufträgen des verstorbenen Kontomitinhabers oder aus anderen Gründen nicht mehr vorhanden sein sollten. Mehrere Kontomitinhaber haften solidarisch.

Ich verpflichte mich, das Ableben des Kontomitinhabers unverzüglich der oben genannten pensionsauszahlenden Stelle anzuzeigen.

Ich wurde über die Eigenschaften eines Gemeinschaftskontos informiert.

<b>Kontomitinhaber</b>	
Name:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontomitinhabers

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers

### 3. Erklärung des/der Zeichnungsberechtigten für das Pensionskonto

Mir wurde für oben genanntes Konto vom Kontoinhaber die Zeichnungsberechtigung im Sinne der "Allgemeinen Geschäftsbedingungen" des kontoführenden Kreditinstituts eingeräumt. In diesem Zusammenhang übernehme ich der oben genannten pensionsauszahlenden Stelle und dem Kreditinstitut gegenüber die Haftung für die Rückzahlung aller auf dieses Konto überwiesenen Leistungen, welche die pensionsauszahlende Stelle in Folge des Ablebens des ihr gegenüber anspruchsberechtigten Kontoinhabers zurück zu fordern hat, die aber auf dem oben genannten Konto wegen Disposition meinerseits, wegen Durchführung von Aufträgen des verstorbenen Kontoinhabers oder aus anderen Gründen nicht mehr vorhanden sein sollten.

Mehrere Zeichnungsberechtigte haften solidarisch.

<b>Zeichnungsberechtigter</b>	
Name:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Zeichnungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers

### 4. Erklärung des Kreditinstituts

Das gefertigte Kreditinstitut verpflichtet sich, der pensionsauszahlenden Stelle die wiederkehrenden Geldleistungen zu ersetzen, die in Folge des Todes des/der Anspruchsberechtigten zu Unrecht auf das Konto überwiesen worden sind.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stampiglie und Unterschrift des Kreditinstituts