

Antrag auf Hinterbliebenenleistungen 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

- Witwen- / Witwerversorgung

War die Ehe mit der / dem Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes aufrecht? ja nein
Wenn nein: War der / die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes verheiratet? ja nein
War der / die Verstorbene geschieden? ja nein

Wenn ja:

.....
Name der geschiedenen Ehegattin / des geschiedenen Ehegatten

.....
Adresse der geschiedenen Ehegattin / des geschiedenen Ehegatten

Bestand zum Zeitpunkt des Todes ein Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin / dem geschiedenen Ehegatten aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer bei Auflösung (Nichtigklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung?

ja nein seit wann:

WICHTIG: Bitte vollständig ausfüllen und dem Antrag eine Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / Auflösungsentscheidung beilegen. Die Höhe der Witwenpension ist gemäß Satzung neu zu bemessen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein weiterer Anspruch auf eine Witwenversorgung besteht.

- Waisenversorgung für unversorgte Kinder

ab dem

Ergänzende Angaben zum Antrag auf Waisenversorgung

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

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

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

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

WICHTIG: Volljährigen Kindern ist die Waisenversorgung 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 Witwenversorgung:**
Bei einer geschiedenen Ehe ist dem Antrag eine Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / Auflösungsentscheidung beizulegen.
- **bei Antrag auf Waisenversorgung:**
Wenn die Waise das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, dann gebührt die Waisenversorgung über Antrag grundsätzlich auch über die Volljährigkeit hinaus. Zudem kann eine Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung einen Anspruch auf eine Waisenversorgung begründen. Bitte dem Antrag einen Nachweis über die Schul- oder Berufsausbildung / Erwerbsunfähigkeit beilegen (Inskriptionsbestätigung, ärztlicher Befund oder dergleichen).
Wenn die Waisenversorgung auf das Konto des Kindes angewiesen werden soll, wird auch für dieses Konto eine eigenständige Pensionskontoerklärung (Beilage) benötigt.

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 Hinterbliebenenleistungen

Hinterbliebenenleistungen	Witwen-(Witwer-)Versorgung
	Waisenversorgung

Witwen-(Witwer-)versorgung

Die nachstehenden Ausführungen zur Witwenversorgung gelten sinngemäß für Witwer oder für hinterbliebene eingetragene PartnerInnen.

Nach dem Tod eines Mitglieds ist dessen Witwe bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen die Witwenversorgung zu gewähren. Die Witwenversorgung gebührt grundsätzlich auch der geschiedenen Ehegattin, wenn ihr das Mitglied zum Zeitpunkt seines Todes Unterhalt zu leisten hatte (dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe entstanden sein).

Die Witwenversorgung beträgt zwei Drittel des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes in der Grund- und Ergänzungsleistung und 60 % des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes in der Zusatzleistung. Der Versorgungsanspruch von Witwe und geschiedener Ehegattin darf zusammengerechnet diesen Betrag nicht übersteigen. Er ist im gleichen Verhältnis zu teilen. Der Versorgungsanspruch der geschiedenen Ehegattin ist zudem mit dem Unterhaltsanspruch begrenzt (es sei denn es liegt ein gesetzlicher Ausnahmetatbestand vor).

Waisenversorgung

Waisen haben bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen bis zur Erlangung der Volljährigkeit Anspruch auf eine Waisenversorgung. Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbwaise 15 % und für jede Vollwaise 30 % des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes.

Im Falle einer Schul- oder Berufsausbildung kann die Waisenversorgung über Antrag 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 Waisenversorgung.

WICHTIG: Die Gewährung von Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds setzt einen entsprechenden Antrag voraus (= Antragsprinzip). Der Stichtag für die Antragsprüfung / den Leistungsbeginn ist der auf die Antragsstellung folgende Monatserste (es sei denn der Antrag wird am Monatsersten gestellt; in diesem Fall ist der Stichtag der Tag der Antragsstellung).

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

Pensionsauszahlende Stelle

Ärztchammer für Vorarlberg
Wohlfahrtsfonds

Kreditinstitut**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.

Kontomitinhaber	
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.

Zeichnungsberechtigter	
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