

Antrag auf Krankenunterstützung wegen Mutterschaft

Sehr geehrte Frau Doktor!

Gerne teilen wir Ihnen mit, dass Sie aufgrund Ihrer Mutterschaft einen Anspruch auf Krankenunterstützung aus dem Wohlfahrtsfonds haben.

Damit Sie Ihren Anspruch auf Krankennunterstützung wahren, ersuchen wir Sie beiliegenden Antrag (siehe Rückseite) längstens binnen **vier Wochen nach Geburt des Kindes** vollständig ausgefüllt an uns zu übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass Sie während des Bezuges der Krankenunterstützung keinerlei ärztliche Tätigkeit ausüben dürfen. Weiters bitten wir Sie, eine ärztliche Bestätigung über die Schwangerschaft beizulegen.

Bei Fragen steht Ihnen Herr Luger (christoph.luger@aekvbg.at, 05572/21900-37) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Der Finanzreferent

(Dr. Amann Ulrich e.h.)

Die Vorsitzende

des Verwaltungsausschusses

(MR Dr. Claudia Riedlinger e.h.)

Der Präsident

(MR Dr. Michael Jonas e.h.)

Bitte wenden!

Bitte Zutreffendes ankreuzen; vollständig ausfüllen; Bestätigungen beilegen

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Vorarlberg
Schulgasse 17
6850 Dornbirn

Antrag auf Krankenunterstützung bei Mutterschaft (nur freiberuflich tätige Ärztinnen / Wohnsitzärztinnen)

Gemäß § 30 der Satzung des Wohlfahrtsfonds ersuche ich um Auszahlung der Krankenunterstützung

auf folgendes Konto Nr:

Der voraussichtliche Geburtstermin / die Geburt des Kindes ist der / war der

Ich erkläre hiermit, dass ich ab dem Tag / seit dem der Einstellung der ärztlichen Tätigkeit, das ist vom bis einschließlich **keinerlei** ärztliche Tätigkeit ausüben werde / ausgeübt habe.

Gleichzeitig erteile ich dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg die ausdrückliche Zustimmung, dass zwecks Überprüfung des von mir oben beantragten Zeitraums die diesbezüglichen Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg eingeholt werden dürfen.

Meine Ordination wurde durch eine Vertretung weitergeführt:

(Name, Adresse, Beleg)

Ich habe (Anzahl) unversorgte(s) Kind(er) die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bitte folgenden Nachweis beilegen: ärztliche Bestätigung über die Schwangerschaft

Ort, Datum

Unterschrift