

Antrag auf Leistungen des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

Als Mitglied bzw. als Hinterbliebene(r) eines Mitglieds des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg beantrage ich hiermit die Gewährung nachstehender Leistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

ab: _____	(bitte Datum eintragen)
☐ Altersversorgung	gemäß § 23 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich die Voraussetzungen erfülle.
☐ frühzeitige Altersversorgung	gemäß § 24 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich die Voraussetzungen erfülle.
☐ Invaliditätsversorgung	gemäß § 25 der Satzung des Wohlfahrtsfonds (die entsprechenden Gutachten bzw. Unterlagen liegen diesem Antrag bei).
☐ Kinderunterstützung	gemäß § 26 der Satzung des Wohlfahrtsfonds für _____ (bitte Anzahl anführen) unversorgte, in Ausbildung stehende Kinder, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bitte einen Nachweis über die Ausbildung (z.B.: Inskriptionsbestätigung, etc.) beilegen.

ab: _____	(bitte Datum eintragen)
☐ Witwen-/Witwerversorgung	gemäß § 27 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich die Voraussetzungen erfülle.
<u>Weitere Angaben</u>	
• War die Ehe mit der / dem Verstorbenen im 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 Todes ein Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin / dem geschiedenen Ehegatten aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches einer bei Auflösung (Nichtigerklärung) 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	gemäß § 28 der Satzung des Wohlfahrtsfonds für _____ (bitte Anzahl anführen) unversorgte, in Ausbildung stehende Waisen, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Bitte einen Nachweis über die Ausbildung (z.B.: Inskriptionsbestätigung, etc.) beilegen.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ | große Hinterbliebenenunterstützung | gemäß § 29 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich als Witwe, Witwer, Waise bzw. Erbe mit dem verstorbenen Mitglied im gemeinsamen Haushalt gelebt habe. |
| ☐ | kleine Hinterbliebenenunterstützung | gemäß § 29 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich als Witwe, Witwer, Waise bzw. Erbe nicht mit dem verstorbenen Mitglied im gemeinsamen Haushalt gelebt habe oder weil ich Anspruchsberechtigter aufgrund einer Erklärung des/der Verstorbenen bin. |
| ☐ | Ablebensversicherung | gemäß § 29 (3) der Satzung des Wohlfahrtsfonds als Witwe, Witwer mit ____ (bitte Anzahl anführen) unversorgten, in Ausbildung stehenden Waisen, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; Sterbedatum des Mitgliedes vor seinem vollendeten 55. Lebensjahr |
| ☐ | Bestattungsbeihilfe | gemäß § 29 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem vom verstorbenen Mitglied der Beitrag zur Bestattungsbeihilfe geleistet wurde. |
| ☐ | Waisenzusatzversicherung | gemäß § 44 (7) der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem vom verstorbenen Mitglied der Beitrag zur Waisenzusatzversicherung geleistet wurde. |

Um Ihren Leistungsantrag bearbeiten zu können, bitten wir Sie abschließend, nachstehend die notwendigen Angaben zu Ihrer Person vollständig (bitte in Blockschrift) auszufüllen

Zuname/Vorname: _____

Postadresse
(Zustelladresse):
(Wohnort, Straße,
Hausnummer) _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Bankverbindung _____

IBAN: _____

Name der Bank: _____

BIC: _____

Hinweis: Bei Anträgen auf wiederkehrende Leistungen muss ein legitimes Pensionskonto vorliegen!

Namen aller unversorgten Kinder:

Vor- allenfalls
Nachnamen

Versicherungsnummer
mit Geburtsdatum:

Körperl./geistige
Beeinträchtigung:

Bankverbindung des Kindes
(falls vorhanden)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wenn bei volljährigen Kindern die „Kinderunterstützung bzw. Waisenversorgung“ nicht auf deren eigenes Konto, sondern auf das Konto der Antragstellerin (des Antragstellers) anzuweisen ist, hat das Kind (haben die Kinder) mittels untenstehender Unterschrift dieser Vorgangsweise zuzustimmen.

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Unterschrift/en des Kindes/der Kinder

Bitte folgenden Nachweis beilegen:

Pensionskontoerklärung (bei Anträgen auf wiederkehrende Leistungen): 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 (dieser Nachweis muss im Original vorliegen – bitte hier keine Fotokopie!).

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers