

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), die

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|---|
| ☐ | 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 Wohlfahrtsfond (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), die

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | Witwen-/Witwerversorgung | gemäß § 27 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich die Voraussetzungen erfülle. |
| ☐ | 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, bzw. Waise mit dem verstorbenen Mitglied im gemeinsamen Haushalt gelebt habe. |
| ☐ | kleine Hinterbliebenenunterstützung | gemäß § 29 der Satzung des Wohlfahrtsfonds, nachdem ich als Witwe, Witwer, bzw. Waise mit dem verstorbenen Mitglied nicht im gemeinsamen Haushalt gelebt habe, bzw. Anspruchsberechtigter aufgrund einer Erklärung des 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

1. Zuname/Vorname:		
2. Postadresse (Wohnort, Straße, Nummer):		
3. Sozialversicherungsnummer:		
4. Bankverbindung; Kontonummer:		
Bankleitzahl:		
5. Name aller unversorgten Kinder:		
Vor- allenfalls Nachname:	Versicherungsnummer incl. Geburtsdatum:	behindert:
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)