

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: .....

.....  
Datum

Ärzttekammer für Steiermark  
Wohlfahrtsfonds  
Kaiserfeldgasse 29  
8010 Graz

F. 0316-8044-136  
[wff@aekestmk.or.at](mailto:wff@aekestmk.or.at)

### Antrag auf Zuerkennung der Krankenbeihilfe

gemäß § 28 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Gesamte Krankenstandsdauer: vom ..... bis .....

Krankenhausaufenthalt: vom..... bis .....

(**Bestätigung** des Aufenthaltes ist beizulegen)

Hausbehandlung vom..... bis .....

(**Bestätigung** des behandelnden Arztes ist  
beizulegen)

Unfall:  Ja  Nein

Liegt Fremdverschulden vor?  Ja  Nein

SV-Nr.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN: .....

.....  
Unterschrift

#### **Wichtige Hinweise:**

- Die Antragstellung hat innerhalb von 12 Wochen ab Beginn der Berufsunfähigkeit zu erfolgen.
- Die Angaben am Antrag haben mit den einzureichenden Nachweisen (z.B.Arbeitsunfähigkeitsbestätigung) übereinzustimmen.
- Wir bitten um Verständnis, dass Bestätigungen naher Angehöriger nicht berücksichtigt werden können.
- Kammerangehörige einer Alters- oder Invaliditätsversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds haben keinen Anspruch auf Krankenbeihilfe.