

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

.....
Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
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.