

Ärzttekammer für Steiermark  
Wohlfahrtsfonds  
Kaiserfeldgasse 29  
8010 Graz

.....  
Datum

## Verfügung der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

Ich, ....., geb. ....,  
wohnhaft in .....,  
verfüge, dass nach meinem Ableben die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung  
von Seiten des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark

### I. zur Gänze

an ....., geb. ....,  
wohnhaft in .....,

oder

### II. zu gleichen Teilen

1. an ....., geb. ....,  
wohnhaft in .....,

und

2. an ....., geb. ....,  
wohnhaft in .....,

ausbezahlt wird. Sofern einer der unter Punkt II Begünstigten verstirbt, soll die Bestattungs-  
beihilfe- und Hinterbliebenenunterstützung dem jeweils anderen unter Punkt II Begünstigten  
zur Gänze ausgezahlt werden.

**III. Bei Ableben des/der Erstbegünstigten** unter Punkt I vor meinem Ableben verfüge ich  
die Auszahlung der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

an ....., geb. ....,  
wohnhaft in .....,

.....  
Unterschrift  
(gerichtlich oder notariell beglaubigt)