



Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

.....
Datum

Antrag auf Zuerkennung der

**Witwenversorgung bzw.
Witwerversorgung**
gem. § 25 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

**Bestattungsbeihilfe und
Hinterbliebenenunterstützung**
gem. § 27 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

**Versorgung des hinterbliebenen
eingetragenen Partners**
gem. § 25 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

ab **1.** _____ (Monat/Jahr)

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer:

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

Daten der / des Verstorbenen:

Name: _____

Sterbetag: _____ (Datum)

Bei Ehepaaren/eingetragener Partnerschaft:

Datum der Eheschließung/eingetragenen Partnerschaft: _____

Für den geschiedenen Ehepartner/früher eingetragenen Partner:

Datum der Ehescheidung/Auflösung der eingetragenen Partnerschaft: _____

Bestand zum Todestag ein Unterhaltsanspruch gegenüber dem früheren Ehegatten /
eingetragenen Partner?

- ja unbefristet befristet bis _____ (Datum)
 nein

Besteht ein Anspruch auf Waisenversorgung?

Gemäß § 26 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds besteht für Kinder von verstorbenen
Empfängern einer Alters- oder Invaliditätsversorgung max. bis zum vollendeten
27. Lebensjahr ein Anspruch auf Waisenversorgung

- wenn sich das Kind in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet
(längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres)
- bei Erwerbsunfähigkeit infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen
(solange diese vorliegt)

Wenn Sie anspruchsberechtigte Kinder haben, so ist ein **separater Antrag** auf
Waisenversorgung **zeitgleich** zu stellen.

**WICHTIG: Folgende Unterlagen sind unbedingt vorzulegen, da andernfalls Ihr Antrag
nicht bearbeitet werden kann:**

- Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung** ausgestellt auf den Wohlfahrtsfonds
(= Formular von Ihrer Bank)
- Sterbeurkunde**
- bei unterschiedlichen Familiennamen:** Heiratsurkunde
- bei geschiedenen Ehepartner/früher eingetragener Partnerschaft:**
Scheidungsurteil mit Unterhaltsanspruch
- Sonstiges: _____

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe
und nehme zur Kenntnis, dass jede Änderung meiner persönlichen Verhältnisse, die meine
Anspruchsberechtigung berührt, von mir innerhalb von **4 Wochen** schriftlich zu melden ist, da ich für
die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haften. Zu Unrecht
bezogene Leistungen werden von der Ärztekammer zurückgefordert.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers