

Ärztekammer für Steiermark  
Wohlfahrtsfonds  
Kaiserfeldgasse 29  
8010 Graz

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

.....  
Datum

## Antrag auf Zuerkennung der Invaliditätsversorgung

gem. § 23 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

ab **1.** \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Die Invaliditätsversorgung wird bei Vorliegen der Voraussetzungen ab dem Tag der Einreichung des Ansuchens nächstfolgenden Monatsersten, oder wenn dieser Zeitpunkt auf einen Monatsersten fällt, ab diesem Tag zuerkannt.

### Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: \_\_\_\_\_

Straße Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Steuerpflicht in: ☐ Österreich

☐ \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer:

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

### Ich beantrage die Invaliditätsversorgung

da ich aufgrund von \_\_\_\_\_ (Diagnose) oder eines Unfalls

ab \_\_\_\_\_ (Datum) ☐ auf Dauer ☐ vorübergehend nicht mehr in der

Lage bin, den zahnärztlichen Beruf auszuüben. (**Aktuelle Atteste/Befunde/Gutachten sind beizulegen**)



**Angaben zur künftigen Eintragung in die Zahnärzteliste (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- ☐ Aufgrund der gänzlichen Einstellung meiner zahnärztlichen Tätigkeit am \_\_\_\_\_ (Datum) verzichte ich auf die Berechtigung zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes und zeige gemäß § 43 Zahnärztegesetz auch der Zahnärztekammer diesen Verzicht an.
- ☐ Ich ersuche um Eintragung als **außerordentliche/r Kammerangehörige/r** (AOK) gemäß § 13 Zahnärztekammergesetz.  
Information: Eine Eintragung als AOK ist nur bei gänzlicher Einstellung der zahnärztlichen Tätigkeit möglich und kann bei jener Landes Zahnärztekammer erfolgen, in deren Bereich man den ordentlichen Wohnsitz hat.  
Der **Beitrag** für die außerordentliche Mitgliedschaft beträgt **EUR 10,00 pro Jahr** (ohne Bezug der ÖZZ).

**Hinweis:** KEINE weitere zahnärztliche Tätigkeit für den Bezugszeitraum der Invaliditätsversorgung mehr möglich! (Inland und Ausland)

**Angaben zum Familienstand:**

- ☐ **ledig** ☐ **verwitwet**
- ☐ **verheiratet** mit \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
seit \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ **geschieden** von \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
seit \_\_\_\_\_ (Datum) wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Bestehen für Sie aus früheren Ehen/eingetragenen Partnerschaften Unterhaltsverpflichtungen?

- ☐ ja ☐ unbefristet ☐ befristet bis \_\_\_\_\_ (Datum)
- ☐ nein

**Besteht ein Anspruch auf Kinderunterstützung?**

Gemäß § 24 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds besteht für Kinder von Empfängern einer Invaliditätsversorgung ein Anspruch auf Kinderunterstützung,

- 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 Kinderunterstützung **zeitgleich** zu stellen.

**Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe- und Hinterbliebenenunterstützung:**

Mit Antritt der Invaliditätsversorgung bleibt die Beitragspflicht zur Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung (BHU) weiterhin bestehen. Die Höhe des Beitrages beträgt EUR 38,50 p.m., dieser Betrag wird Ihnen von Ihrer monatlichen Altersversorgung abgezogen. Sie können sich einmalig und unwiderruflich bei Beginn der Versorgungsleistung gegen die weitere Beitragspflicht aussprechen. In diesem Fall erhalten nach Ihrem Ableben die anspruchsberechtigten Hinterbliebenen nur die Bestattungsbeihilfe in Höhe von EUR 8.000,00 ausbezahlt.

Hiermit entscheide ich mich unwiderruflich

- ☐ gegen die weitere Beitragspflicht gemäß § 10 Abs. 4 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und damit gegen den zusätzlichen Leistungsanspruch. Eine nachträgliche Änderung ist nicht mehr möglich

Eine solche Entscheidung zur BHU ist nur rechtlich wirksam sofern eine dauerhafte Invaliditätsversorgung vorliegt.

Bei Bezug einer vorübergehenden Invaliditätsversorgung bleibt die Beitragspflicht zur BHU bestehen. Ein Widerruf ist nicht möglich.

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 hafte. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark zurückgefordert.

---

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**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 Hausbank)
- ☐ Bestätigung über die **Auflösung Ihres Dienstverhältnisses**
- ☐ bei **Kassenärzten**: Kopien der **Kassenkündigungsschreiben**
- ☐ bei **Gruppenpraxen mit Kassen**: **Nachweis über Ausscheiden des Gesellschafters bzw. über den Gesellschafterwechsel**
- ☐ aktuelle Atteste, Befunde, Gutachten des Sozialversicherungsträgers, Bescheid des Sozialversicherungsträgers