

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.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 ärztlichen Beruf auszuüben. (**Aktuelle Atteste/Befunde/Gutachten sind
beizulegen**)



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

- ☐ Aufgrund der gänzlichen Einstellung meiner ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 2 Ärztegesetzes am _____ (Datum) verzichte ich auf die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 60 Ärztegesetz und zeige auch der Österreichischen Ärztekammer diesen Verzicht an. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Ärzteausweis abzugeben ist.
- ☐ Ich ersuche um Eintragung als **außerordentlicher Kammerangehöriger (AOK)** gemäß § 68 Abs. 5 Ärztegesetz.
Information: Eine Eintragung als AOK ist nur bei gänzlicher Einstellung der ärztlichen Tätigkeit möglich und kann bei jener Landesärztekammer erfolgen, in deren Bereich man den ordentlichen Wohnsitz hat.
Der **Beitrag** für die außerordentliche Mitgliedschaft bei der Ärztekammer für Steiermark beträgt **EUR 9,00 pro Jahr** und sichert die weitere Zusendung des Steirischen Ärztejournals.

Hinweis: Es ist KEINE ärztliche 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 von der Ärztekammer 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 Bank)
- ☐ 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