



**Versorgungsbezug:**  nur aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten

(Antragsteller)

*Zusätzlicher Bezug von:*

Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft

Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten

\_\_\_\_\_

**SONDERKLASSE (ERSATZ VON KRANKENHAUSKOSTEN)**

Ich werde Beiträge für die Sonderklasse (den Ersatz von Krankenhauskosten) entsprechend der Beitragsordnung der Ärztekammer für Kärnten leisten  **Ja**  **Nein**

*Ein Ersatz von Krankenhauskosten kann jedoch nur erfolgen, wenn der Kammerangehörige zumindest die letzten fünf Jahre vor Bezug der Alters- bzw. Invaliditätsversorgung bzw. vor seinem Tod Beiträge entrichtet hat.*

**Bankverbindung** für die Überweisung der **Alters-/Invaliditätsversorgung:**

IBAN \_\_\_\_\_, BIC-Code: \_\_\_\_\_

**Als Nachweise lege ich bei:**

Sterbeurkunde

Scheidungsurteil/Scheidungsvergleich

Nachweis über die aktuelle Höhe des monatlichen Unterhaltes

Legitimation Antragsteller/in (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis)

\_\_\_\_\_

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 vier 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