

An die
Ärztchammer für Kärnten
Wohlfahrtsfonds
St. Weiterstraße 34, 9020 Klagenfurt
sass@aecktn.at
FAX: 0463/5856-80

_____, am _____

ANTRAG AUF ZUERKENNUNG DER

BESTATTUNGSBEIHILFE UND HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG

(gemäß § 24 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Kärnten)

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Wohnadresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Sozialversicherungsnummer:
(Geburtsdatum)

Daten der/des Verstorbenen:

Name: _____

Sterbetag: _____

Bankverbindung für die Überweisung der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung:

IBAN: _____

(Angabe des IBAN ist unbedingt erforderlich)

(ggf. BIC-Code) _____

Als Nachweise lege ich bei:

- Sterbeurkunde (Kopie)
- Legitimation Antragsteller/in (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis)
- _____

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters)