

## Antrag auf Hinterbliebenenleistungen des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg

Bitte vollständig (in Blockschrift) ausfüllen

### Persönliche Daten

1. Vor- / Nachname .....
2. Adresse .....  
(Wohnort, Straße, Hausnr.)
3. SV-Nummer .....
4. E-Mail .....
5. Tel.-Nr. ....
6. IBAN AT .....

### Antrag auf

- Witwen- / Witwerversorgung

War die Ehe mit der / dem Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes aufrecht?  ja  nein  
Wenn nein: War der / die Verstorbene zum Zeitpunkt des Todes verheiratet?  ja  nein  
War der / die Verstorbene geschieden?  ja  nein

Wenn ja:

.....  
Name der geschiedenen Ehegattin / des geschiedenen Ehegatten

.....  
Adresse der geschiedenen Ehegattin / des geschiedenen Ehegatten

Bestand zum Zeitpunkt des Todes ein Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin / dem geschiedenen Ehegatten aufgrund eines gerichtlichen Urteils, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer bei Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung?

ja  nein seit wann: .....

**WICHTIG:** Bitte vollständig ausfüllen und dem Antrag eine Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / Auflösungsentscheidung beilegen. Die Höhe der Witwenpension ist gemäß Satzung neu zu bemessen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass ein weiterer Anspruch auf eine Witwerversorgung besteht.

- Waisenversorgung für ..... unversorgte Kinder

ab dem .....

### Ergänzende Angaben zum Antrag auf Waisenversorgung

- Vor- / Nachname Waise .....
- SV-Nummer (mit Geb.Datum) .....
- IBAN Waise (bei Volljährigkeit) .....
- Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein

Vor- / Nachname Waise

SV-Nummer (mit Geb.Datum)

IBAN Waise (bei Volljährigkeit)

Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein

Vor- / Nachname Waise

SV-Nummer (mit Geb.Datum)

IBAN Waise (bei Volljährigkeit)

Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein

Vor- / Nachname Waise

SV-Nummer (mit Geb.Datum)

IBAN Waise (bei Volljährigkeit)

Besteht Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung  ja  nein

**WICHTIG:** Volljährigen Kindern ist die Waisenversorgung auf deren eigenes Konto anzuweisen. Ist eine Anweisung auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers gewünscht, dann muss das volljährige Kind (müssen die volljährigen Kinder) dieser Vorgangsweise mittels Unterschrift wie folgt zustimmen:

Vor- / Nachname

Unterschrift

Vor- / Nachname

Unterschrift

Vor- / Nachname

Unterschrift

Vor- / Nachname

Unterschrift

**Bitte dem Antrag folgende Nachweise beilegen**

- **Pensionskontoerklärung (Beilage):**  
Die Überweisung von wiederkehrenden Leistungen auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – nur bei Vorliegen einer auf den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg lautenden Pensionskontoerklärung möglich. Die Pensionskontoerklärung liegt auch bei den Vorarlberger Kreditinstituten auf.
- **bei Antrag auf Witwenversorgung:**  
Bei einer geschiedenen Ehe ist dem Antrag eine Kopie des Scheidungsurteils und einer eventuellen Vergleichsausfertigung / Auflösungsentscheidung beizulegen.
- **bei Antrag auf Waisenversorgung:**  
Wenn die Waise das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, dann gebührt die Waisenversorgung über Antrag grundsätzlich auch über die Volljährigkeit hinaus. Zudem kann eine Erwerbsunfähigkeit aufgrund einer körperlichen oder geistigen Erkrankung einen Anspruch auf eine Waisenversorgung begründen. Bitte dem Antrag einen Nachweis über die Schul- oder Berufsausbildung / Erwerbsunfähigkeit beilegen (Inskriptionsbestätigung, ärztlicher Befund oder dergleichen).

Ich erkläre, dass die in diesem Formular enthaltenen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und die Voraussetzungen für die Zuerkennung der beantragten Leistungen vorliegen.

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## Merkblatt zum Antrag auf Hinterbliebenenleistungen

Hinterbliebenenleistungen	Witwen-(Witwer-)Versorgung
	Waisenversorgung

### **Witwen-(Witwer-)versorgung**

Die nachstehenden Ausführungen zur Witwenversorgung gelten sinngemäß für Witwer oder für hinterbliebene eingetragene PartnerInnen.

Nach dem Tod eines Mitglieds ist dessen Witwe bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen die Witwenversorgung zu gewähren. Die Witwenversorgung gebührt grundsätzlich auch der geschiedenen Ehegattin, wenn ihr das Mitglied zum Zeitpunkt seines Todes Unterhalt zu leisten hatte (dieser Unterhaltsanspruch muss bereits zum Zeitpunkt der Auflösung der Ehe entstanden sein).

Die Witwenversorgung beträgt zwei Drittel des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes in der Grund- und Ergänzungsleistung und 60 % des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes in der Zusatzleistung. Der Versorgungsanspruch von Witwe und geschiedener Ehegattin darf zusammengerechnet diesen Betrag nicht übersteigen. Er ist im gleichen Verhältnis zu teilen. Der Versorgungsanspruch der geschiedenen Ehegattin ist zudem mit dem Unterhaltsanspruch begrenzt (es sei denn es liegt ein gesetzlicher Ausnahmetatbestand vor).

### **Waisenversorgung**

Waisen haben bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen bis zur Erlangung der Volljährigkeit Anspruch auf eine Waisenversorgung. Die Waisenversorgung beträgt für jede Halbwaise 15 % und für jede Vollwaise 30 % des Leistungsanspruches des verstorbenen Mitgliedes.

Im Falle einer Schul- oder Berufsausbildung kann die Waisenversorgung über Antrag bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt werden. Aufgrund körperlicher oder psychischer Krankheiten erwerbsunfähige Kinder haben für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit gleichfalls Anspruch auf eine Waisenversorgung.

**WICHTIG:** Bei allfälligen Fragen zu den Hinterbliebenenleistungen sowie zu Anspruchsvoraussetzungen und Antragsstellung können Sie sich gerne mit Herrn Christoph Luger (Tel: 05572 21900-37; [christoph.luger@aekvbg.at](mailto:christoph.luger@aekvbg.at)) persönlich in Verbindung setzen.

**Pensionsauszahlende Stelle****Kreditinstitut**

Ärztchammer für Vorarlberg  
Wohlfahrtsfonds

**Pensionskonto - Erklärung**

Name des / der An- spruchsberechtigten:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	
IBAN Pensionskonto:	
bei (Kreditinstitut):	
BIC:	
lautend auf:	

**1. Antrag auf bargeldlose Pensions-/Rentenzahlung**

Bitte überweisen Sie meine Pensions-(Renten-)Leistungen auf das oben angeführte Konto. Ich erkläre, dass ich über dieses Konto verfügungsberechtigt bin. Weiters erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle nach meinem Tod von der pensionsauszahlenden Stelle auf dieses Pensionskonto gutgeschriebenen Geldleistungen vom Kreditinstitut der pensionsauszahlenden Stelle zurück überwiesen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers

**2. Erklärung des/der Kontomitinhaber/s für das Pensionskonto**

Oben genanntes Konto wurde im Sinne der "Allgemeinen Geschäftsbedingungen" des kontoführenden Kreditinstituts als Gemeinschaftskonto eröffnet. In diesem Zusammenhang übernehme ich gegenüber der oben genannten

pensionsauszahlenden Stelle und dem Kreditinstitut die Haftung für die Rückzahlung aller auf dieses Konto überwiesenen Leistungen, welche die pensionsauszahlende Stelle in Folge des Ablebens des ihr gegenüber anspruchsberechtigten Kontomitinhabers zurück zu fordern hat, die aber auf dem oben genannten Konto wegen Disposition meinerseits, wegen Durchführung von Aufträgen des verstorbenen Kontomitinhabers oder aus anderen Gründen nicht mehr vorhanden sein sollten. Mehrere Kontomitinhaber haften solidarisch.

Ich verpflichte mich, das Ableben des Kontomitinhabers unverzüglich der oben genannten pensionsauszahlenden Stelle anzuzeigen.

Ich wurde über die Eigenschaften eines Gemeinschaftskontos informiert.

<b>Kontomitinhaber</b>	
Name:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	

Ort, Datum	Unterschrift des Kontomitinhabers
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

### 3. Erklärung des/der Zeichnungsberechtigten für das Pensionskonto

Mir wurde für oben genanntes Konto vom Kontoinhaber die Zeichnungsberechtigung im Sinne der "Allgemeinen Geschäftsbedingungen" des kontoführenden Kreditinstituts eingeräumt. In diesem Zusammenhang übernehme ich der oben genannten pensionsauszahlenden Stelle und dem Kreditinstitut gegenüber die Haftung für die Rückzahlung aller auf dieses Konto überwiesenen Leistungen, welche die pensionsauszahlende Stelle in Folge des Ablebens des ihr gegenüber anspruchsberechtigten Kontoinhabers zurück zu fordern hat, die aber auf dem oben genannten Konto wegen Disposition meinerseits, wegen Durchführung von Aufträgen des verstorbenen Kontoinhabers oder aus anderen Gründen nicht mehr vorhanden sein sollten.

Mehrere Zeichnungsberechtigte haften solidarisch.

<b>Zeichnungsberechtigter</b>	
Name:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ:	
Ort:	

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Zeichnungsberechtigten

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers

#### 4. Erklärung des Kreditinstituts

Das gefertigte Kreditinstitut verpflichtet sich, der pensionsauszahlenden Stelle die wiederkehrenden Geldleistungen zu ersetzen, die in Folge des Todes des/der Anspruchsberechtigten zu Unrecht auf das Konto überwiesen worden sind.

---

Ort, Datum

---

Stampiglie und Unterschrift des Kreditinstituts