

This file has been cleaned of potential threats.

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

Beachten Sie auch das dazugehörige Infoblatt!

## Antrag auf Zuerkennung der Altersversorgung

### Antragsteller - persönliche Daten

Titel	Vorname	Nachname	SV-Nummer
Arzt-Nr.	Adresse (Straße/Gasse/Platz, Hausnummer)	Postleitzahl	Ort

Hiermit ersuche ich um Zuerkennung der Altersversorgung ab \_\_\_\_\_  
Datum

Ich beantrage die Teilleistung aus dem Kapitaldeckungsverfahren gemäß § 64 der Satzung in der Höhe von

\_\_\_\_\_  
Angabe in %, maximal 50 %

Mein Pensionskonto lautet:  
Pensionskontobestätigung der Bank erforderlich,  
kann nachgereicht werden.

IBAN

Ich bin weiterhin (zahn)ärztlich tätig:

Anstellung

Privatordination

Ordination mit Kassen

Wohnsitz(zahn)arzt

#### HINWEIS

Bei Fortführung einer regelmäßigen (zahn)ärztlichen Tätigkeit bleibt die ordentliche Kammermitgliedschaft und daher auch die Beitragspflicht hinsichtlich Kammerumlage/Kammerbeitrag und Fondsbeitrag weiterbestehen.

Hiermit beantrage ich mit Zuerkennung der Altersversorgung die Befreiung von der Beitragspflicht des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien gemäß § 7 Abs. 4 der Satzung mit Ausnahme der Beiträge für die Krankenunterstützung (Hinweis: die Befreiung betrifft ausschließlich den Fondsbeitrag).

Ich habe das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet und bestätige, dass ich zum Zeitpunkt des Antritts der Altersversorgung sämtliche Kassenverträge und sämtliche ärztliche Dienstverhältnisse im gesamten Bundesgebiet beendet und sämtliche zivilrechtlichen Verträge mit der Gruppenpraxis, welche mit den Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. der KFA einen Gruppenpraxenvertrag abgeschlossen hat, gelöst habe bzw. haben werde (und dies im Firmenbuch richtiggestellt ist bzw. sein wird).

Ebenfalls nehme ich zur Kenntnis, dass für jedes studierende (bis zum 27. LJ) oder minderjährige Kind ein Antrag auf Gewährung der Kinderunterstützung gestellt werden kann. Informationen zur Antragsstellung finden Sie im Informationsblatt zur Altersversorgung.

Beilagen (Kopie):

- Pensionskontobestätigung der Bank  
(kann auch nachgereicht werden)

Ort

Datum

Unterschrift

Speichern

Drucken

E-Mail