(Zahn)Arztnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An den

Wohlfahrtsfonds der

Ärztekammer für Wien

p.A. Concisa

Traungasse 14-16

1030 Wien

## Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien

## Gewidmete Leistung gemäß § 62 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien

Gemäß § 62 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien können Fondsmitglieder für den Fall ihres Ablebens **vor Inanspruchnahme einer Leistung und ohne Hinterlassung von anspruchsberechtigten** **Hinterbliebenen** durch eine schriftlich an die Ärztekammer zu richtende Erklärung eine natürliche Person bestimmen, an die eine gewidmete Leistung auszuzahlen ist.

Die gewidmete Leistung beträgt 40% der im Todeszeitpunkt auf dem Pensionskonto des Fondsmitgliedes im Kapitaldeckungsverfahren vorhandenen Deckungsrückstellung abzüglich allfälliger Beitragsrückstände und einer allfälligen negativen Gewinnreserve.

Im Falle meines Ablebens vor Inanspruchnahme einer Leistung und ohne Hinterlassung von anspruchsberechtigten Hinterbliebenen ist die gewidmete Leistung an folgende Person auszuzahlen:

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beziehung zum/zur Antragssteller\*in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Hiermit bestätige ich, dass die genannte Person weder (ehemalige\*r) Ehegatt\*in bzw. eingetragene\*r Partner\*in noch anspruchsberechtigtes Kind bzw. Adoptivkind ist

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift