



Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

.....
Datum

Antrag auf Zuerkennung der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung

gem. § 27 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bankverbindung: IBAN: _____

BIC: _____

Daten der / des Verstorbenen:

Name: _____

Sterbetag: _____ (Datum)

WICHTIG: Folgende Unterlagen sind unbedingt vorzulegen, da andernfalls Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann:

- Sterbeurkunde**
- Geburtsurkunde der Antragstellerin / des Antragstellers**
- Lichtbildausweis der Antragstellerin / des Antragstellers**

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden von der Ärztekammer zurückgefordert.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers