

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

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

ArztNr: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

An den  
Verwaltungsausschuss des  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärzteliste für Wien  
p.A. Concisa AG  
Traungasse 14-16  
1030 Wien

### **Antrag auf Zuerkennung der Altersversorgung**

---

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

- Ich beantrage die Auszahlung der Teilleistung gem. § 64 der Satzung in Höhe von \_\_\_\_\_% (maximal 50%) der auf meinem Pensionskonto im **Kapitaldeckungsverfahren** vorhandenen Deckungsrückstellung abzüglich einer allfälligen anteiligen negativen Gewinnreserve. Die Berechnung der Alters- und Hinterbliebenenversorgung aus der kapitalgedeckten Zusatzleitung erfolgt sodann auf Basis des reduzierten Kontostandes.
- Ich beantrage die Altersversorgung OHNE Inanspruchnahme der Teilleistung gem. § 64 der Satzung.

Ich beende meine (zahn)ärztliche Tätigkeit und werde aus der (Zahn)Ärzteliste gestrichen. JA                       Nein

Ich beende meine (zahn)ärztliche Tätigkeit, möchte aber als außerordentlicher Kammerangehöriger in der (Zahn)Ärzteliste verbleiben. JA                       Nein

Ich bin weiterhin (zahn)ärztlich tätig  
Privatordination JA                       Nein   
Wohnsitz(zahn)arzt JA                       Nein

**(Hinweis:** in beiden Fällen bleibt bei regelmäßiger Fortführung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit 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).**

Mein Pensionskonto (**Pensionskontobestätigung der Bank erforderlich**; kann auch nachgereicht werden)

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Ich 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).

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift