Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: ....
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

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

Antrag auf Zuerkennung der Krankenbeihilfe

gemäß § 28 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Gesamte Krankenstandsdauer: vom ..... bis .....

Krankenhausaufenthalt: vom..... bis .....
(**Bestätigung** des Aufenthaltes ist beizulegen)

Hausbehandlung vom..... bis .....
(**Bestätigung** des behandelnden Arztes ist beizulegen)

Unfall: ☐ Ja ☐ Nein

Liegt Fremdverschulden vor? ☐ Ja ☐ Nein

SV-Nr.: | | | | | Tag | | Monat | | Jahr | | |
Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN: .....

.....
Unterschrift

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 12 Wochen ab Beginn der Berufsunfähigkeit.

Drucken