

ANTRAG AUF BESTATTUNGSBEIHILFE

An die
Ärztelammer für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

PERSONALDATEN DES/DER VERSTORBENEN:

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |

ANTRAGSTELLER:

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| WOHNADRESSE: | |
| Straße: | |
| PLZ/Ort: | |
| Private Telefonnummer und E-Mail: | |
| Sozial-Vers.Nr.: | Geb.Datum: |



Das Ableben des Mitgliedes ist aufgrund:

Suizid

Fremdverschulden

Kein Fremdverschulden oder Suizid

VORAUSSETZUNGEN

Anspruch auf Bestattungsbeihilfe hat jene Person, welche die Kosten der Bestattung des WFF-Mitgliedes oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung getragen hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten ab Ableben des WFF-Mitgliedes einzubringen.

Wir weisen darauf hin, dass ein eventuell bestehender Rückstand von der zu gewährenden Leistung abgezogen wird.

Erforderliche Unterlagen:

- Sterbeurkunde
- Nachweis der Übernahme der Begräbniskosten (Kopie der Rechnungen und Einzahlungsbelege)

Bankverbindung:

| | |
|---------------------|-------------|
| IBAN: | BIC: |
| Lautend auf: | |

Durch meine Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers