

Beitrags-
und
Leistungskatalog
der
Wohlfahrtskasse
für
2019

INHALT IST AUCH AUF DER

AK **HOME P@GE**

[HTTP://WWW.AEKOOE.AT](http://www.aekooe.at)

Ritte hier falten

Krankengeldhilfe

Beiträge

Krankengeldklasse					
Monatliche Beiträge	I	II	III	IV	V
Großer Kassenarzt, sonst. Kassenarzt, Nichtkassenarzt, angestellter Arzt, Wohnsitzarzt, a.o. Mitglieder	12,00	24,00	36,00	60,00	80,00

- Höherreihung in die jeweils nächst höhere Krankengeldklasse mit 12 Monaten Wartezeit auf Antrag möglich.
- Eine Höherreihung nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist nicht möglich.
- Die Mitgliedschaft zum Fonds endet mit Zuerkennung einer Versorgungsleistung (Pension).

Leistungen

Das Krankengeld beträgt pro Tag in der Krankengeldklasse

I	.....	€ 17,00
II	.....	€ 34,00
III	.....	€ 51,00
IV	.....	€ 85,00
V	.....	€ 113,00

Das Krankengeld wird ordentlichen Kammerangehörigen bei Berufsunfähigkeit (Mutterschutz) gewährt, die länger als 3 (Kalender)Tage andauert, längstens über 52 Wochen.

Krankenpflegehilfe

Beiträge

Monatliche Beiträge	Mitglieder (ord. + a.o.)	Angehörige (Ga od. EP + Ki)
nur über die Wohlfahrtskasse versichert	173,40	173,40
	voller Vers.schutz gem. WK-Tarif	
Wohlfahrtskasse + gesetzl. Versich.	86,70	86,70
	Selbstkosten bis max. WK-Tarif	

Versicherte der Kranken- und Unfallfürsorge für öö. Landesbeamte (KFL) konnten bis 31.12.2007 den Beitrag auf 20 % des Normbeitrages für gesetzlich Versicherte auf Antrag ermäßigen. Erfolgte dieser Antrag und dauert das Versicherungsverhältnis ununterbrochen an, so beträgt der Monatsbeitrag dementsprechend € 17,34.

Leistungen

- ❶ **Arztkosten und Zahnbehandlungskosten**
- ❷ **Krankenhauskosten**
- ❸ **Krankentransportkosten**
- ❹ **Kurkostenbeiträge**
- ❺ **Medikamente/Rezeptgebühren**
- ❻ **Heilbehelfe**

LEISTUNGSBESCHREIBUNG

❶ **ARZTKOSTEN und ZAHNBEHANDLUNGSKOSTEN**

werden, sofern es sich um keine außervertraglichen Leistungen handelt, in Höhe des BVA-Tarifs ohne Belastungsausgleich von der Wohlfahrtskasse übernommen. Besonderheiten bei den Zahnbehandlungskosten:

Prothetische Leistungen werden in Höhe des BVA-Rückersatzes (= 80 %) übernommen.

Kieferorthopädische Leistungen werden im Ausmaß bis zu 50 % des BVA-Tarifes bei Vorlage einer saldierten Honorarnote rückvergütet.

Technische Leistungen (z.B. Inlays, Kronen, Brücken, Geschiebe etc.) werden nicht vergütet, außer bei Vorliegen eines Notstandes im Sinne des § 29 der Satzung über Beschluss des Verwaltungsausschusses. Luxusarbeiten werden grundsätzlich nicht vergütet.

2 KRANKENHAUSKOSTEN

a) Bei **stationärer** oder **tagesklinischer Behandlung** werden bei einem Aufenthalt in einem der folgenden Vertragskrankenhäuser sämtliche Kosten der Sonderklasse–Mehrbettzimmer übernommen:

- alle katholischen Ordenskrankenhäuser Oberösterreichs,
- alle Krankenanstalten, die dem Land Oberösterreich angehören,
- das Kepler Universitätsklinikum,
- das Diakonissenkrankenhaus in Linz,
- die Tagesklinik Linz,
- die Reha-Klinik Jesuitenschlößl in Passau,
- das Sanatorium St. Georgen,
- das Reha-Sport Aspach (nur anlässlich der Rehabilitation im Sinne eines Anschlussheilverfahrens),
- das Unfallkrankenhaus Linz,
- die Holding der Landeskliniken (LKH Salzburg, Landes-Nerven-Klinik Salzburg. u. KH St. Veit)

Bei einem geplanten Aufenthalt in einer anderen Krankenanstalt Österreichs oder im Ausland leistet die Wohlfahrtskasse alle Kosten, die bei einer Behandlung in einem großen OÖ Vertragskrankenhaus auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer vergütet worden wären. Es können dabei erhebliche Selbstkosten entstehen!

Eine Deckung für ganz Österreich (SKM, SKE) kann über den
Raiffeisen-Versicherungsdienst
(Tel.: +43-732-65 96 ...-0) vereinbart werden!

Die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung auf der **Sonderklasse-Mehrbettzimmer** erfolgt **längstens für 90 Tage pro Krankheitsfall und Aufenthalt, maximal für die Dauer bis zu 180 Tagen pro Kalenderjahr**. Darüber hinaus wird bei ausschließlich über die Wohlfahrtskasse versicherten Personen die allgemeine Gebührenklasse bis zur Höhe der in Oberösterreich maximal geltenden Pflegegebühren übernommen.

Bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr werden im Falle eines stationären Aufenthaltes die Kosten für eine Begleitperson bis zur Höhe der in OÖ geltenden Tarife öffentlich-rechtlicher Krankenanstalten übernommen, sofern eine Begleitperson (vom einweisenden Arzt) als erforderlich erachtet wird.

b) Ambulante Behandlungen:

In Oberösterreich sowie den Landeskliniken Salzburg in der Regel Kostendeckung.

Außerhalb Oberösterreichs Rückvergütung in Höhe des OÖ. Landesgesetzblattes.

③ KRANKENTRANSPORTKOSTEN

in die nächste geeignete Krankenanstalt im Inland sowie der Rücktransport in die Wohnung werden übernommen.

Über die Rückvergütung sonstiger Krankentransportkosten entscheidet der Verwaltungsausschuss im Einzelfall.

④ KURKOSTENBEITRÄGE

Grundsätzlich kann jede ausschließlich über die Wohlfahrtskasse versicherte Person innerhalb von 5 Jahren maximal 2 x um Gewährung eines Kurkostenbeitrages ansuchen. Unter der Voraussetzung, dass die Kurdauer mindestens 14 Tage, im Regelfall 21 Tage, maximal jedoch 28 Tage beträgt, und die Kosten nicht von einer anderen Krankenkasse getragen werden, erhalten aktiv tätige Ärzte, Leistungsempfänger, Ehegatten oder eingetragene Partner und Witwen oder hinterbliebene eingetragene Partner von Mitgliedern pro Tag € 51,00. Der Kurkostenbeitrag ist **vor** dem Kuraufenthalt zu beantragen.

Versicherte einer anderen gesetzlichen Sozialversicherung können die gesetzlichen Zuzahlungen nach Vorlage entsprechender Belege zur Vergütung einreichen.

⑤ MEDIKAMENTENKOSTEN

Nach Einreichung der von der Apotheke gestempelten und taxierten Rezepte wird an das Mitglied die Rückvergütung wie folgt durchgeführt:

- Pensionisten, Witwen oder hinterbliebene eingetragene Partner und Waisen erhalten den Privatpreis abzüglich 10 %.
- Aktive Mitglieder und deren Angehörige haben nach Abzug von 10 % (Arztbeitrag) einen Selbstbehalt von € 36,00 pro Person und Monat.

Vergütung von **REZEPTGEBÜHREN**: Nur für Empfänger einer Versorgungsleistung sowie deren mitversicherte Angehörige.

⑥ HEILBEHELFE

Werden in Höhe des BVA-Tarifes rückvergütet.

Nicht vergütet werden Heilbehelfe, wenn diese im Fundus der Kammer zur Verfügung stehen sowie Brillen, Einlagen, Bruchbänder, Schwangerschaftsmieder, Gummistrümpfe etc. Bei Vorliegen eines Notstandes im Sinne des § 29 der Satzung können jedoch auch diese Behelfe über Antrag durch den Verwaltungsausschuss einer Erstattung zugeführt werden.

ALLGEMEINES

- a) Die Leistungen aus dem Fonds der Krankenpflegehilfe werden auch im EWR-Ausland zur Gänze vergütet, wenn die Behandlung im Ausland dringend erforderlich ist, die **Verrechnung über die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** der Wohlfahrtskasse („Urlaubskrankenschein“) erfolgt, und der Patient **ausschließlich** über die Wohlfahrtskasse krankenversichert ist. Die Provisorische Ersatzbescheinigung ist **vor Antritt** der Auslandsreise in der Wohlfahrtskasse anzufordern, sofern die EKVK noch nicht ausgestellt wurde.
- b) Ambulante Krankenhauskosten oder Kosten einer stationären Behandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse werden in ganz Österreich in voller Höhe vergütet, wenn der Patient ausschließlich über die Wohlfahrtskasse krankenversichert ist und
 - die Behandlung dringend erforderlich (**Gefahr in Verzug**) oder
 - ein **Krankentransport** und die Behandlung in einem Vertragskrankenhaus **nicht zumutbar** ist.

- c) Bei **AUFHEBUNG** einer **BEFREIUNG** in der Krankengeld- bzw. Krankenpflegehilfe, sowie bei **HÖHERREIHUNGEN** in der Krankengeldhilfe, besteht eine Wartefrist von 12 Monaten.
- d) Mehrfach krankenversicherte Mitglieder und Angehörige sind **verpflichtet**, die Kosten primär bei der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Die Übernahme eventueller Mehrkosten kann dann beantragt werden. (Damit erspart sich die Wohlfahrtskasse zumeist Kosten. Dafür wird nur der halbe Vollbeitrag vorgeschrieben.)
- e) **STEUERLICH** stellen die Beiträge zur Krankenunterstützungsabteilung Betriebsausgaben / Werbungskosten dar. Die Leistungen aus der Krankengeldhilfe und Versorgungsabteilung sind ab 1.1.1989 steuerpflichtig! (ausgenommen das Krankengeld während des Mutterschutzes).
- f) Im Falle des Versicherungsschutzes im Rahmen des reduzierten Beitrages für Versicherte der **Krankenfürsorge** für öö. Landesbeamte (€ 17,34 mtl.) werden maximal jene Kosten vergütet, die als Selbstbehalt zum KFL-Tarif ausgewiesen werden.
- g) Die Satzung sieht in den §§ 25 und 26 mehrere Möglichkeiten einer **Beitragsbefreiung** vor. Es ist dabei zu beachten, dass diese Befreiung zum Teil nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Jedenfalls ist während der Dauer einer Befreiung kein Versicherungsschutz über die Wohlfahrtskasse gegeben.
- h) Wenn über € 100,00 in einem Kalenderjahr für einen Versicherten der Krankenpflegehilfe, einen Angehörigen oder Hinterbliebenen vergütet werden, erhält der Versicherte zur Information eine Aufstellung dieser Kosten im ersten Quartal des Folgejahres.
- i) Die der Ärztekammer für OÖ angehörenden Mitglieder sind verpflichtet, bei der Behandlung von Mitgliedern der Wohlfahrtskasse sowie deren Angehörigen oder Hinterbliebenen die von der erweiterten Vollversammlung beschlossenen Honorargrundsätze zu beachten.

Grundversorgung

Beiträge

REGELBEITRAG = 100% = 3 Punkte / Jahr

Monatliche Beiträge	
angestellte, Nicht-kassen-, Wohnsitz-, sonst. Kassenärzte, a.o. Mitglieder	759,60

STAFFELBEITRAG = anteilmäßige Punkte / Jahr

	Monatliche Beiträge	Anwartschaftspunkte
bis 30. Lj.	151,92	0,6 p. a. (20 %)
bis 35. Lj.	303,84	1,2 p. a. (40 %)
bis 40. Lj.	455,76	1,8 p. a. (60 %)
bis 45. Lj.	607,68	2,4 p. a. (80 %)
darüber	759,60	3 p. a. (100 %)
bei Wiederverehelichung oder neuerlicher eingetragener Partnerschaft und Unterhaltspflicht zusätzlich 25% Beitrag für die/den geschiedenen GattIn oder früheren eingetragenen Partner		

Grundversorgung

Leistungen

monatlich brutto, 14 x jährlich

Altersversorgung

(bei 100 Anwartschaftspunkten = %)

€ 1.288,00 mit Vollendung des 65. Lj.

Witwen-/Witwerversorgung/

Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

(Prozentsatz vom Anspruch des Mitgliedes)

60 % der Leistung des verstorbenen Mitgliedes

Kinderunterstützung und Waisenversorgung

(Prozentsatz vom Anspruch des Mitgliedes)

	Kinder	Halbwaisen (+ 25 %)	Vollwaisen (+ 100 %)
bis zum vollendeten 10. Lj.	18 %	22,5 %	45 %
bis zum vollendeten 16. Lj.	22 %	27,5 %	55 %
ab dem vollendeten 16. Lj.	26 %	32,5 %	65 %

- Abschlag von 0,4 Prozent für jeden Monat bei Pensionsantritt vor Vollendung des 65. Lebensjahres (maximal jedoch 24 %).
- Zuschlag von 0,35 Prozent für jeden Monat bei Pensionsantritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres (maximal jedoch 21 %).

Bei Tod oder Invalidität eines aktiven Mitgliedes vor Vollendung des 60. Lebensjahres werden die fehlenden Monate bis 60 mit den vollen Anwartschaftspunkten (0,25 p. m. / 3 p. a.) hinzugerechnet.

Zusatzversorgung (I + II)

Beiträge

Monatliche Beiträge	
Großer Kassenarzt, Kleiner Kassenarzt, Nichtkassenarzt, Spit.A. u. Wohnsitzarzt, a.o. Mitglieder	
ab Vollendung des 35. Lj. bis Vollendung des 40. Lj.	334,40
ab Vollendung des 40. Lj. bis Pension oder Höchstbem.grl.	668,80
Höchstbemessungsgrundlage in der <u>Zusatzversorgung I</u> € 114.000,00	

Leistungen

monatlich brutto, 14 x jährlich

Zusatzversorgung II (ab 1996)

Abhängig vom individuellen Pensionskapital und Eintrittsalter.

Zusatzversorgung I (vor 1996)

Die Höhe der Altersversorgung beträgt monatlich 1,2 % der Bemessungsgrundlage ⇒ maximal € 1.368,00

Die Höhe der **Witwen/Witwerleistung** oder **Leistung an den hinterbliebenen eingetragenen Partner** beträgt 60 % vom Anspruch des verstorbenen Mitgliedes.

Den unversorgten **Vollwaisen** gebührt die Witwenzusatzleistung oder Leistung an den hinterbliebenen eingetragenen Partner (bei mehreren Vollwaisen verhältnismäßig geteilt).

Notstandshilfe

Beiträge

Monatliche Beiträge	
angestellte, Wohnsitzärzte u. a.o. Mitglieder ab 45. Lj., Nichtkassen-, sonstige und § 2-Kassenärzte	12,10
jährlich 1,50 % der Bemessungsgrundlage in der Zusatzversorgung I zu Jahresbeginn	

Leistungen

- Laufende monatliche Leistungen an Ärztepensionisten bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf € 1.926,31 bzw. € 1.270,65.
- Laufende monatliche Leistungen an Witwen oder hinterbliebene eingetragene Partner bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf € 1.445,80 bzw. € 963,27.
- Laufende monatliche Leistungen an Kinder und Waisen.
- Unverzinsliche Darlehen bis zum Höchstbetrag von € 1.100,00 pro Studienjahr an hochschulstudierende Kinder und Waisen.
- Einmalige Unterstützungen und Studienbeihilfen.
- Ausgleichszahlungen an die gesetzlichen Pensionsversicherungsträger für Pflegegeldbezieher, die ausschließlich von der Ärztekammer für Oberösterreich eine laufende Versorgungsleistung erhalten.
- Unterstützung für außergewöhnlich hohe Krankheitskosten, sofern nicht Kostenersatz aus der Krankenpflegehilfe beansprucht werden kann.

Todesfallbeihilfe

Beiträge

Mitglieder bis Vollend. des 35. Lj.	Mitglieder ab Vollend. des 35. Lj.	Mitglieder bei halber Hinterbliebenenunter- stützung auf Antrag bis vollend. 35. Lj. | ab vollend. 35. Lj. ¹⁾	Mitglieder, die als Pensionisten geführt werden
23,00	46,00	11,50	23,00
0,4 Anwartschaftspunkte²⁾ pro Monat bei erstmaliger Mitgliedschaft ab 1.1.2005; beitragsfreie Zuerkennung von Anwartschaftspunkten im Todesfalle vor Vollendung des 60. Lj.			

- ¹⁾ Nach dem vollendeten 35. Lebensjahr führt eine Ermäßigung von 50 % und mehr dazu, dass eine Umreihung auf die volle Beitragsleistung mit vollem Leistungsanspruch nicht mehr möglich ist.

Leistungen

brutto, vom Empfänger zu versteuern

- Auszahlung einer einmaligen **HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG** beim Tode des Mitgliedes an eine (mehrere) zeitlich zuletzt namhaft gemachte Person(en) bei 100 erworbenen Anwartschaftspunkten²⁾ in Höhe von:
 - € 37.900 zuzüglich 19 % (€ 7.201) je unversorgte Waise bzw.
 - € 17.200 zuzüglich 21 % (€ 3.612) je unversorgte Waise bzw.
 - bei weniger Anwartschaftspunkten verhältnismäßig gekürzt.
- Auszahlung einer **BESTATTUNGSBEIHILFE** beim Tode des Mitgliedes an den/die Empfänger der Hinterbliebenenunterstützung. Die Höhe der Bestattungsbeihilfe beträgt € 3.500.

Über den/die Zahlungsempfänger muss eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung in der Wohlfahrtskasse hinterlegt sein. Die Erklärung kann jederzeit geändert werden. Diesbezügliche sonstige Willensäußerungen (zB im Testament) haben keine Rechtswirksamkeit. In Ermangelung einer Erklärung haben nacheinander Anspruch 1. die Witwe/ Witwer/eingetragener Partner → 2. die Waisen → 3. sonstige gesetzliche Erben.

Die Neuregelung der Todesfallbeihilfe nach Anwartschaftspunkten erfolgte mit 1. Jänner 2005. Für Mitglieder, die bereits vor 2005 Beiträge entrichtet haben, gelten jedenfalls die Leistungen unabhängig von der Beitragsdauer.

PensionPlus

Beiträge

Für alle Mitglieder ab Vollendung des 45. Lj.		
Klasse	bei Monatseinnahmen	Monatsbeitrag
I	bis zur FSVG HBGL ^{*)}	50,00
II	bis zur 1½ fachen FSVG HBGL	100,00
III	bis zur 2 fachen FSVG HBGL	200,00
IV	bis zur 2½ fachen FSVG HBGL	400,00
V	bis zur 3 fachen FSVG HBGL	800,00
VI	über der 3 fachen FSVG HBGL	1.600,00
*) FSVG Höchstbeitragsgrundlage 2019: € 6.090,00 p. m.		

Die Beitragspflicht endet mit der Zuerkennung einer Pensionsleistung aus dem Fonds, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Leistungen

monatlich brutto, 14 x jährlich

Frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres abhängig vom **individuellen Kapital** und der Anzahl der **verbleibenden Leistungsmonate** bis Vollendung des 65. Lebensjahres, das bedeutet maximal 70 Monatszahlungen.

Eine **einmalige Erstattung** des (Rest)Kapitals erfolgt

- bei Invalidität vor Vollendung des 60. Lebensjahres.
- nach Vollendung des 65. Lebensjahres, wenn keine Leistung beantragt wurde.
- bei Ableben an die Erben im Wege der Verlassenschaft.
- beim Ausscheiden aus der Wohlfahrtskasse.

Anstelle der einmaligen Erstattung nach Vollendung des 65. Lebensjahres oder bei Invalidität kann ein Übertrag des Kapitals in die Zusatzversorgung II beantragt werden.

Bitte beachten Sie:

Die auf den Vorseiten angeführten Beiträge zur Wohlfahrtskasse sind einerseits

- vom Alter des Mitgliedes
 - von der Art der Tätigkeit
- und andererseits
abhängige fixe €-Beiträge.

① Unabhängig von diesen Kriterien gilt jedoch, dass **auf Antrag** alle Beiträge zur Wohlfahrtskasse

18 Prozent

der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit gemäß § 109 Ärztegesetz nicht überschreiten dürfen. Das Ärztegesetz definiert die Einnahmen folgend:

- **bei ausschließlich ang. Ärzten:** jedenfalls der monatliche Bruttogrundgehalt sowie sonstige Zulagen und Zuschläge, Ambulanz- und Sondergebühren. Zulagen und Zuschläge im Sinne des § 68 EStG 1988 und die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988 in der jeweils geltenden Fassung, fallen nicht in die Berechnungsgrundlage.
- **bei niedergelassenen Ärzten:** Einnahmen vor Abzug der Werbungskosten, Betriebsausgaben oder Sonderausgaben (Umsatz).
- **bei gemischt tätigen Ärzten:** die oben beschriebenen Bemessungsgrundlagen kumulativ.

② Weiters wurden **Richtlinien** beschlossen, die zu einer weiter gehenden Ermäßigung führen können. Diese Richtlinien kommen **auf Antrag** zur Anwendung, wenn **besondere finanzielle Belastungen** (Unterhaltsverpflichtungen, Wohnraumschaffung, Fortbildungskosten, Praxisgründung, usw.), besonders im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit angeführt und nachgewiesen werden. Die Belastung darf dabei im Maximalfall **11,76 %** der jeweiligen Bemessungsgrundlage nicht überschreiten.

- ③ Mitglieder der Wohlfahrtskasse, die **pragmatisiert** sind oder über einen **unkündbaren Sondervertrag** mit einer über die ASVG-Pension hinausgehenden **Betriebs- oder Dienstordnungspension** verfügen, können, ausgenommen für die Fonds der

NOTSTANDSHILFE TODESFALLBEIHILFE

auf Antrag von allen übrigen Beiträgen gemäß § 22 der Satzung der Wohlfahrtskasse für **d a u e r n d** befreit werden.

Ausnahme: Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit mit einer Ordination = Wiedererfassung in der Grundversorgung

Grundsätzlich gilt jedoch, dass im Falle einer beantragten und vom Verwaltungsausschuss beschlossenen Befreiung / Ermäßigung von der Beitragspflicht zu einzelnen Fonds, auch die Gegenleistung der Wohlfahrtskasse ausgeschlossen oder eingeschränkt ist.

Wie werden die Beiträge eingehoben?

- bei **angestellten Ärzten** werden die Beiträge vom Dienstgeber einbehalten und direkt an die Ärztekammer f. OÖ abgeführt.
- bei **niedergelassenen Ärzten ohne §2-Kassenvertrag** erfolgt die Einhebung der Beiträge nach Erteilung eines Abbuchungsauftrages mittels Bankeinzugs.
- bei **gemischt tätigen Ärzten ohne §2-Kassenvertrag** kann man sich für eine der 2 Varianten entscheiden.
- bei **Ärzten mit §2-Kassenvertrag** erfolgt der Einbehalt der Beiträge von den Honorarzahungen durch die OÖ GKK oder mittels Bankeinzugs.

Im ersten Quartal eines Kalenderjahres erhalten alle beitragspflichtigen Mitglieder der Wohlfahrtskasse eine Endabrechnung über die im Vorjahr vorgeschriebenen und tatsächlich geleisteten Beiträge. Guthaben werden zurückgezahlt, Nachzahlungen vorgeschrieben.

Nach Ablauf der Rechtsmittelfrist in den Bescheiden werden diese rechtskräftig. Bitte daher um eine umgehende Überprüfung.

Änderungen in der Berufstätigkeit sind der Wohlfahrtskasse binnen 14 Tagen, Veränderungen im Familienstand (zB Verhehlung, Scheidung, Geburt eines Kindes, Beginn/Ende der Ausbildung eines Kindes, Todesfall etc.) binnen 4 Wochen unter Vorlage der diesbezüglichen Standesdokumente oder sonstiger Dokumente schriftlich bekannt zu geben.

Wir stehen Ihnen auch gerne zur Verfügung: +43-732-77 83 71...- DW

(Zahn-)Arztkosten und sonst. extramurale Behandlungskosten:

Familiennamen **A – L:** Fr. Leban (DW 214)
Familiennamen **M – Z:** Fr. Mitterlehner (DW 263)
Fr. Eder (DW 321)

Krankengeldhilfe und Krankenhauskosten:

Fr. Bruckbauer (DW 248)

Medikamente, Rezeptgebühren, Heilmittel, Heilbehilfe, Kur- und Krankentransportkosten:

Fr. Kastl (DW 295)

Pensionen, Todesfälle:

Fr. Tomas (DW 228)

Beitragsvorschreibungen, Beitragsverbuchungen:

Familiennamen **A – L:** Fr. Bamschoria (DW 288)
Familiennamen **M – Z:** Fr. Kaiserseder (DW 249)

Allgemeine Beratungen:

Familiennamen **A – J:** Hr. Sedlacek (DW 250)
Familiennamen **K – Z:** Hr. Zehetleitner (DW 294)

Leiter der Wohlfahrtskasse:

Hr. Dr. Badhofer (DW 251) / Hr. Gratzl, MBA (DW 234)

e-mail:

wk@aekoee.at oder Familienname@aekoee.at

Fax:

+43-732-78 36 60...- DW wie angeführt

Nähere Informationen über Merkblätter, die Informationsbroschüre der Wohlfahrtskasse oder Antragsformulare können Sie über die Ärztekammer-Homepage

www.aekoee.at

abrufen oder bei der Wohlfahrtskasse anfordern.