

_____, am _____
(Ort) (Datum)

Mitglieds-Nr.: _____

SV-Nr.: _____

Ärztchammer für Oberösterreich
Wohlfahrtskasse
Dinghoferstraße 4
4010 Linz

**Ansuchen um Zuerkennung der VERSORGUNGSLEISTUNG
gem. § 33 bzw. 33a der Satzung der Wohlfahrtskasse**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich beantrage

- die volle Altersversorgung ab _____
- die vorzeitige Altersversorgung ab _____
- die Invaliditätsversorgung ab _____
(Attest(e) und/oder Pensionsbescheid einer gesetzlichen PV lege ich bei)
- die PensionPlus+ ab _____

unter Zuerkennung der Weiterversicherung zur

- Krankenpflegehilfe und/oder Todesfallbeihilfe.

Standesmeldung an Zahnärztekammer: ab _____

- Meine gesamte zahnärztliche Tätigkeit wird/wurde mit oben genanntem Datum eingestellt.
- Meine zahnärztliche Tätigkeit als _____ wird weiter ausgeübt.
- Meine kurativen Kassenverträge und/oder zahnärztlichen Dienstverhältnisse wurden oder werden spätestens mit dem Tag vor dem Versorgungsstichtag beendet.

Ich ersuche um Überweisung meiner laufenden monatlichen Leistungen auf mein Konto

IBAN: AT _____

BIC: _____ Institut: _____

Kollegiale Grüße

Unterschrift

Bitte Zutreffendes ankreuzen