

Name:

Anschrift:

Arzt Nr.:

Wien,

An den  
Verwaltungsausschuss des  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Wien  
c/o Concisa  
Traungasse 14 - 16  
1030 Wien

### **Antrag um Zuerkennung der Invaliditätsversorgung**

Da ich auf Grund meiner Erkrankung meine (zahn)ärztliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, ersuche ich um Gewährung der Dauernden Invaliditätsversorgung ab

.

Meine Sozialversicherungsnummer lautet:

Mein Pensionskonto befindet sich bei der:

meine Pensionskontonummer lautet:

IBAN:

BIC:

Ich nehme zur Kenntnis, dass für jedes studierende (bis zum 27. LJ) oder minderjährige Kind ein Antrag auf Gewährung der Kinderunterstützung gestellt werden kann. Informationen zur Antragsstellung finden Sie im Informationsblatt zur Invaliditätsversorgung.

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift

### **Beilagen:**

Aktuelle Befunde

Pensionskontobestätigung

Einkommensunterlagen aus dem drittvorangegangenen Jahr