

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: ..... Tel.-Nr.: .....

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL  
Wohlfahrtsfonds  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

....., am .....

**Verfügung**  
**über Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe**  
(gemäß § 33 (4) der Satzung des Wohlfahrtsfonds)

Ich, Dr. ...., geb. ....,

wohnhaft in .....

verfüge, dass nach meinem Ableben Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe von Seiten der Ärztekammer für Tirol

an ..... Sozialversicherungsnummer:   
(Geburtsdatum)

wohnhaft in ..... ausbezahlt werden.

Bei unserem gleichzeitigen Ableben sind Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe

an ..... Sozialversicherungsnummer:   
(Geburtsdatum)

wohnhaft in ..... auszubezahlen.

Hochachtungsvoll

**(eigenhändige Unterschrift)**

Hinweis: Zur Wirksamkeit der Verfügung ist erforderlich, dass diese noch zu Lebzeiten des Erklärenden im Original bei der Ärztekammer für Tirol hinterlegt wird!