

Name:
Straße:
PLZ / Ort: Tel.-Nr.:

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL
Wohlfahrtsfonds
Anichstraße 7
6020 Innsbruck

....., am

Verfügung
über Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe
(gemäß § 33 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.

Für den Fall, dass die o.a. anspruchsberechtigte Person bereits vor meinem Ableben bzw. gleichzeitig verstirbt, verfüge ich, dass die Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe

an Sozialversicherungsnummer:
(Geburtsdatum)

wohnhaft in auszubezahlen ist.

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!

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage).