

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL  
Wohlfahrtsfonds  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

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

<p style="text-align: center;"><b>VERBINDLICHE ÜBERTRITTSERKLÄRUNG SYSTEM BEITRAGSABHÄNGIGE ZUSATZRENTE</b></p>
---

Titel / Vorname / Zuname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Hiermit mache ich unwiderruflich von meinem Optionsrecht gemäß § 27e Satzung Wohlfahrtsfonds Gebrauch und beantrage den Übertritt in das System der Beitragsabhängigen Zusatzrente mit 01.01.2025.

.....

Unterschrift

**Anmerkung:**

Wenn bis spätestens bei der Ärztekammer für Tirol **einlangend am 13.12.2024** kein eigenhändig unterfertigter schriftlicher Antrag auf Übertritt in das System der Beitragsabhängigen Zusatzrente gestellt wird, unterbleibt ein Übertritt der bzw. des Optionsberechtigten.

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