

Name:
Geb. Datum:
Straße:
PLZ / Ort:

Ärztchammer für Tirol
Wohlfahrtsfonds
Anichstraße 7
6020 Innsbruck

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

ANTRAG auf Gewährung des Krankenhausstaggeldes für Angehörige
gemäß § 37 Abs. 3 der Satzung des Wohlfahrtsfonds

Für meine/n Gattin/Gatten:

geb. am:

Bitte eine Kopie der Heiratsurkunde beilegen, sollte diese noch nicht in der Ärztekammer für Tirol hinterlegt worden sein.

Für mein Kind (It. § 29 Abs. 5 der Satzung des WFF):

geb. am:

Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beilegen, sollte diese noch nicht in der Ärztekammer für Tirol hinterlegt worden sein.

Weiters ist ab Volljährigkeit eine aktuelle Lehr-/Schul-/Inskriptionsbestätigung beizulegen.

KRANKENHAUS-

AUFENTHALT: von bis

Bitte beachten Sie: Bis zur Vorlage der Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt (über die Art u. Dauer des Aufenthaltes) kann keine Abrechnung erfolgen.

BEI UNFALL: Fremdverschulden: ja nein

Bitte unbedingt Ihre Bankverbindung (Ordinationskonto) anführen:

IBAN:

Hinweis: Die Meldung des Krankenhausaufenthaltes Ihres Angehörigen hat innerhalb von 7 Tagen zu erfolgen. Leistungsansuchen sind innerhalb von 6 Monaten nach Ende des Krankenhausaufenthaltes bei der Ärztekammer vorzulegen. Fristversäumnisse können zu einem Leistungsausschluss führen.

Zu Unrecht empfangene Leistungen auf Grund falscher Angaben sind zzgl. Kosten zurückzuführen.

Leistungen aus Krankenhausstaggeld zur Pflichtversicherung unterliegen der Einkommensteuer.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

.....
Unterschrift

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