Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Antrag auf Gewährung einer Unterstützung aus dem Unterstützungsfonds

Landesstelle für Vorarlberg
Montfortstraße 9 - 11, 6900 Bregenz
Tel.: 050405-29700 Fax: 050405-29900
bgz.cm@bvaeb.at

Antragsgegenstand: .....

Vor- und Familienname des(r) Versicherten: .....
Sozialversicherungsnummer: .....
Anschrift: .....

Vor- und Familienname des mitversicherten Angehörigen, für den die Unterstützung beantragt wird: .....
Sozialversicherungsnummer: .....
Verwandtschaftsverhältnis: .....

Bankverbindung: IBAN: ..... , BIC: .....

Zahl der von der(m) Versicherten und ihrem (seiner) Ehegatten(in) zu versorgenden Personen: .....

Monatliches Nettoeinkommen der (des) Versicherten *)
(ohne Familienbeihilfen zuzüglich eventuellen Vorschüssen): EUR .....

Nebengebühren *) EUR .....

Monatliches Nettoeinkommen des Ehegatten (der Gattin), des Lebensgefährten (-gefährtin) des(r) Versicherten (ohne beitragsfreie Lohn- und Gehaltsbestandteile und Familienbeihilfe) *) EUR .....

Nettomonatsbezug anderer Haushaltsmitglieder *) EUR .....

Vermögen des(r) Versicherten und ihres (seiner) Ehegatten(in):

- Haus-(Grund)besitz (soweit er nicht dem eigenen Wohnbedarf dient) EUR .....
- Wertpapiere EUR .....
- Bargeld und Spareinlagen EUR .....

*) Entsprechende Nachweise (Monatslohn- bzw. Gehaltszettel, Verständigung über die Pensionshöhe, etc.) sind beizubringen.

Ein weiteres Einkommen oder Vermögen des(r) Versicherten oder deren Ehegatten (dessen Ehegattin) ist nicht vorhanden.

Treffen die Bestimmungen des Opferfürsorgegesetzes (Amtsbescheinigung nach § 4 OFG Nr. .....) bzw. des Kriegsopferversorgungsgesetzes auf die (den) Versicherte(n) zu?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie auch bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Unterstützung gestellt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Stelle und in welcher Höhe: .....

.....

Haben Sie eine Privatversicherung, die zumindest einen Teil der gegenständlichen Aufwendungen ersetzt oder zu ersetzen verpflichtet ist? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Stelle und in welcher Höhe: .....

.....

Bestehen hinsichtlich der beantragten Leistung Schadenersatzansprüche? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Stelle und in welcher Höhe: .....

.....

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen: ……

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für unwahre Angaben nach § 49 B-KUVG hafte.

....., am ....

Unterschrift des(r) Versicherten