Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Name: ……
Straße, Nr: ……
PLZ, Ort: ……

……
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

Antrag auf Ermäßigung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (BZV) für das K a l e n d e r j a h r 2 0 2 4

WICHTIGE Hinweise für die Beantragung der Ermäßigung der BZV:

- **Jede Ermäßigung ist verpflichtend zu begründen. Ein Hinweis „siehe Vorjahre" ist nicht ausreichend. Die Ermäßigung der BZV ist jedes Jahr neu zu beantragen.**
- Mit einer Ermäßigung der BZV ist auch eine Reduktion der Ansprüche verbunden.
- Der Antrag kann erst nach Vorlage des ESt-Bescheides 2022 bearbeitet werden.

Die BZV wird einkommensgestaffelt **erst ab einem Einkommen von EUR 20.000,00** vorgeschrieben.
Eine Ermäßigung der BZV

a) kann auf ***jeden Prozentsatz*** zwischen 100 % und 10 % beantragt werden.
Die maximale Ermäßigung ist grundsätzlich eine Ermäßigung auf 10 %. Die Ermäßigung bezieht sich immer auf den Vollbeitrag von EUR 15.144,00.

b) bis auf 0 % ist **ausschließlich** bei einem **Einkommen zwischen EUR 20.000,00 und EUR 30.000,00 im Jahr 2022** bzw. für die **ersten 24 Monate der erstmaligen Praxisgründung** oder **Aufnahme der erstmaligen wohnsitz(zahn)ärztlichen Tätigkeit** möglich.

1) Ich beantrage eine Ermäßigung des Beitrags zur BZV für 2024
O auf _____ % bzw. O auf EUR _____

2) Begründung für die Ermäßigung (bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen)

O gleichwertige Versorgungsansprüche (*ausgenommen* staatliche Pensionsversicherung):
O Distriktsarzt O Primararzt O pragmatisierter Bundesbeamter
O Gebietskörperschaft (verpflichtende Betriebspension): ……

O anderweitige Pensionsvorsorge (z. B. Lebensversicherung, private Rentenversicherung):
Versicherungsträger: ..... Polizzennr.: .....
Höhe des Jahresbeitrages: EUR .....
Versicherungsträger: ..... Polizzennr.: .....
Höhe des Jahresbeitrages: EUR .....

O andere nicht-staatliche Altersvorsorge (bitte anführen): .. ..

O Jahresbruttoeinkommen 2022 zwischen EUR 20.000,00 und EUR 30.000,00 gem. ESt-Bescheid

O **Erstmalige** Praxiseröffnung od. Aufnahme WSA-Tätigkeit ab Datum: .....

O außergewöhnliche wirtschaftliche Belastung durch **betriebliche Investition** im letzten oder aktuellen Jahr: EUR..... für .....
(der Investitionsgegenstand ist verpflichtend anzuführen)

3) Einkommensteuerbescheid wurde bereits vorgelegt (ausgenommen das gesamtärztliche Einkommen liegt über der Höchstbemessungsgrundlage) O ja O nein

.....
Unterschrift

Drucken