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 Kalenderjahr 2019

WICHTIGE Hinweise für die Beantragung der Ermäßigung der BZV:

- **Bitte füllen Sie die Punkte 1 und 2 aus.**
- **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.

Eine Ermäßigung der BZV kann auf ***jeden Prozentsatz*** zwischen 100 % und 10 % beantragt werden. **Die maximale Ermäßigung ist grundsätzlich eine Ermäßigung auf 10 %.**

Eine Ermäßigung der BZV bis auf max. 1,5 % des Jahresbeitrages ist **ausschließlich** für Beitragspflichtige **zwischen dem vollendeten 35. und 45. Lebensjahr** möglich.

Eine Ermäßigung der BZV auf 0 % ist **ausschließlich** bei einem **Einkommen von max. EUR 30.000,00 im Jahr 2017** bzw. für die **ersten 24 Monate der erstmaligen Praxisgründung oder wohnsitzärztl. Tätigkeit** möglich.

1) Ich beantrage eine Ermäßigung des Beitrags zur BZV für 2019

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 2017 von max. EUR 30.000,00 gem. ESt-Bescheid 2017

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

O außergewöhnliche wirtschaftliche Belastung durch **betriebliche Investition:**

EUR..... für .....
(der Investitionsgegenstand ist verpflichtend anzuführen)

Drucken

.....
Unterschrift