

Name:
Straße, Nr:
PLZ, Ort:

Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekestmk.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 0

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 2018 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 14.052,00.
- b) bis auf 0 % ist **ausschließlich** bei einem **Einkommen zwischen EUR 20.000,00 und EUR 30.000,00 im Jahr 2018** 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 2020

☐ auf % bzw. ☐ auf EUR

2) Begründung für die Ermäßigung (bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen)

- ☐ gleichwertige Versorgungsansprüche (ausgenommen staatliche Pensionsversicherung):
☐ Distriktsarzt ☐ Primararzt ☐ pragmatisierter Bundesbeamter
☐ Gebietskörperschaft (verpflichtende Betriebspension):
- ☐ anderweitige Pensionsvorsorge (z. B. Lebensversicherung, private Rentenversicherung):
Versicherungsträger: Polizzennr.:
Höhe des Jahresbeitrages: EUR
Versicherungsträger: Polizzennr.:
Höhe des Jahresbeitrages: EUR
- ☐ andere nicht-staatliche Altersvorsorge (bitte anführen):
- ☐ Jahresbruttoeinkommen 2018 zwischen EUR 20.000,00 und EUR 30.000,00 gem. ESt-Bescheid
- ☐ **Erstmalige** Praxiseröffnung od. Aufnahme WSA-Tätigkeit ab Datum:
- ☐ außergewöhnliche wirtschaftliche Belastung durch **betriebliche Investition** im letzten oder aktuellen Jahr: EUR..... für
(der Investitionsgegenstand ist verpflichtend anzuführen)

3) **Einkommensteuerbescheid wurde bereits vorgelegt** (außer das gesamtärztliche Einkommen liegt über der Höchstbemessungsgrundlage) ☐ ja ☐ nein

.....
Unterschrift