

**Antrag auf Ermäßigung/Einstufung in der
Beitragsabhängigen Zusatzrente (BZR)
in den Jahren 2025 und 2026**

Daten des/der Antragstellers/in:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon: E-Mail:

Hiermit beantrage ich folgende Ermäßigung/Einstufung ab 01.01.2025:

2. Praxisjahr (50% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 740,00 p.M.)

Anm.: Anschließend erfolgt für das Jahr 2026 automatisch die Veranlagung wie im 3. Praxisjahr. Eine darüber hinausgehende Anpassung oder Verlängerung der Ermäßigung ist gesondert zu beantragen! (*)

ODER

3. Praxisjahr (75% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.110,00 p.M.)

Anm.: Anschließend erfolgt für das Jahr 2026 automatisch die Veranlagung wie im 4. Praxisjahr. Eine darüber hinausgehende Anpassung oder Verlängerung der Ermäßigung ist gesondert zu beantragen! (*)

ODER

4. Praxisjahr (100% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.480,00 p.M.)

Bei einer ermäßigten Beitragsleistung zur BZR werden in der Alters-, Invaliditäts-, Witwen/er- und Waisenversorgung dementsprechend verminderte Leistungsansprüche gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol erworben.

(*) Für eine über den Zeitraum 2025 – 2026 hinausgehende Verlängerung oder allfällige Anpassung der Ermäßigung in der BZR oder ggf. auch in der Grundrente auf Grund vermindelter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit (= geringe Einkommensverhältnisse gem. 18%-Klausel) sowie bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände gem. Ermäßigungsrichtlinie, ist ein gesonderter Antrag auf Ermäßigung des Beitrages zum Wohlfahrtsfonds unter Beilage der erforderlichen Einkommensnachweise und/oder Bestätigungen eines Steuerberaters zu stellen.

Das Antragsformular auf Ermäßigung des Beitrages zum Wohlfahrtsfonds (F11) finden Sie auf unserer Homepage.

- Ich bezahle mittels SEPA Lastschrift (siehe Anhang).

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Niedergelassene Ärzte mit bzw. ohne § 2-Kassenverträge (System neu, Beitragsabhängige Zusatzrente):

Beitragssparte	Ermäßigte Veranlagung			Volle Veranlagung
	1. Praxisjahr	2. Praxisjahr	3. Praxisjahr	ab dem 4. Praxisjahr
Beitragsabhängige Zusatzrente (BZR)	0,00	740,00	1.110,00	1.480,00

zzgl. zu den Beiträgen zur Grundrente, Todesfallbeihilfe und Krankenunterstützung.

1.) Das 2. und das 3. Praxisjahr werden per 01.01.2025 erstmals als Ermäßigungsgründe ausschließlich für die Beitragsabhängige Zusatzrente eingeführt.

2.) Bei Niederlassung vor dem 01.01.2025 gilt: für das laufende 1., 2. oder 3. Praxisjahr (jeweils: 12 Beitragsmonate) wird grundsätzlich die Beitragsvorschrift an den Teilnehmer vom Dezember 2024 auf Basis des bisherigen Vorschreibungsmaßes (von Amts wegen) sinngemäß fortgeführt. Konkret wird dabei ab dem Jänner 2025 wie folgt weiter vorgeschrieben:

- Bisherige Befreiung Ergänzungsrente und Individualrente = Befreiung vom Richtbeitrag zur BZR
- Bisherige Ermäßigung auf 50 % der Ergänzungsrente und Befreiung Individualrente = Beitragssatz von 25 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 370,00 p.M.)
- Bisherige Vorschrift 100 % der Ergänzungsrente und Befreiung oder Mindestbeitrag Individualrente = Beitragssatz von 50 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 740,00 p.M.)
- Bisherige Vorschrift 100 % der Ergänzungsrente und 50 % Individualrente bzw. 3 % des §2-Kassenhonorars = Beitragssatz von 75 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 1.110,00 p.M.)
- Bisherige Vorschrift 100 % Ergänzungsrente und 100 % Individualrente bzw. 6 % des §2-Kassenhonorars = Beitragssatz von 100 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 1.480,00 p.M.)

Teilnehmer können die Ermäßigung laut 2. und 3. Praxisjahr in Anspruch nehmen; dies jedoch ausschließlich in den Beitragsjahren 2025 und 2026 und nur bei einer dem Ermäßigungszeitraum vorangehenden selbsttätig erfolgenden schriftlichen Antragstellung.

3.) Teilnehmer, die bereits das 4. usw. Praxisjahr tätig sind, können die Ermäßigung laut 2. und 3. Praxisjahr sinngemäß in Anspruch nehmen; dies jedoch ausschließlich in den Beitragsjahren 2025 und 2026 und nur bei einer dem Ermäßigungszeitraum vorangehenden selbsttätig erfolgenden schriftlichen Antragstellung. Ansonsten erfolgt (unbenommen eines Ermäßigungsantrages unter Berufung auf § 109 Abs. 3 ÄrzteG oder auf soziale bzw. sonstige Gründe) die Beitragsvorschrift „ab dem 4. Praxisjahr“.

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

Creditor-ID: AT64ZZZ00000009648

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Ärztelammer für Tirol, Wohlfahrtsfonds
 Anichstraße 7 6020
 Innsbruck

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige die Ärztekammer für Tirol, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer für Tirol auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Es handelt sich um wiederkehrende Zahlungen, welche frühestens am 15.d.M. mit SEPA-Lastschrift eingezogen werden.

Name:

Anschrift:

IBAN: BIC:

Genauere Bezeichnung des Kreditinstitutes:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift