

**Antrag auf Ermäßigung/Einstufung in der
Beitragsabhängigen Zusatzrente (BZR)
im Jahr 2026**

Daten des/der Antragstellers/in:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon: E-Mail:

Hiermit beantrage ich folgende Ermäßigung/Einstufung ab 01.01.2026:

- ☐ „Stufe 2. Praxisjahr“ (50% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 765,90 p.M.)
zzgl. Grundrente, Todesfallbeihilfe und Krankenunterstützung

Anm.: Diese Einstufung ist nur möglich, sofern die Ermäßigung noch nicht im Jahr 2025 konsumiert wurde. Anschließend erfolgt für das Jahr 2027 automatisch die Veranlagung wie im 4. Praxisjahr. Eine darüber hinausgehende Anpassung oder Verlängerung der Ermäßigung ist gesondert zu beantragen! (*)

ODER

- ☐ „Stufe 3. Praxisjahr“ (75% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.148,90 p.M.)
zzgl. Grundrente, Todesfallbeihilfe und Krankenunterstützung

Anm.: Diese Einstufung ist nur möglich, sofern die Ermäßigung noch nicht im Jahr 2025 konsumiert wurde. Anschließend erfolgt für das Jahr 2027 automatisch die Veranlagung wie im 4. Praxisjahr. Eine darüber hinausgehende Anpassung oder Verlängerung der Ermäßigung ist gesondert zu beantragen! (*)

ODER

- ☐ „Stufe 4. Praxisjahr“ (100% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.531,80 p.M.)
zzgl. Grundrente, Todesfallbeihilfe und Krankenunterstützung

Achtung: Die Beitragsfreiheit zur BZR im 1. Praxisjahr begründet mangels Mitgliedschaft und ohne „freiwillige – antragspflichtige“ Beitragsleistung KEINERLEI Leistungsansprüche gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol. Bei einer ermäßigten Beitragsleistung zur BZR (z.B. Einstufung 2. Praxisjahr) werden in der Alters-, Invaliditäts-, Witwen/er und Waisenversorgung dementsprechend verminderte Leistungsansprüche erworben.

(*) Für eine über den Zeitraum 2026 hinausgehende Verlängerung oder allfällige Anpassung der Ermäßigung in der BZR oder ggf. auch in der Grundrente auf Grund verminderter 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	765,90	1.148,90	1.531,80

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 Beitragsvorschreibung an den Teilnehmer vom Dezember 2024 auf Basis des bisherigen Verschreibungsmaßes (von Amts wegen) sinngemäß fortgeführt. Konkret wird dabei ab dem Jänner 2026 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 (€ 383,00 p.M.)
 - Bisherige Verschreibung 100 % der Ergänzungsrente und Befreiung oder Mindestbeitrag Individualrente = Beitragssatz von 50 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 765,90 p.M.)
 - Bisherige Verschreibung 100 % der Ergänzungsrente und 50 % Individualrente bzw. 3 % des §2-Kassenhonorars = Beitragssatz von 75 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 1.148,90 p.M.)
 - Bisherige Verschreibung 100 % Ergänzungsrente und 100 % Individualrente bzw. 6 % des §2-Kassenhonorars = Beitragssatz von 100 % des vollen Richtbeitrages zur BZR (€ 1.531,80 p.M.)

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

- 1.) Teilnehmer:innen, die bereits das 4. usw. Praxisjahr tätig sind, können die Ermäßigung laut 2. und 3. Praxisjahr sinngemäß in Anspruch nehmen; dies jedoch ausschließlich im Beitragsjahr 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 Beitragsvorschreibung „ab dem 4. Praxisjahr“.

Creditor-ID: AT64ZZZ00000009648

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Ärztekammer 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:

Genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift