

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL  
Wohlfahrtsfonds  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

....., am .....

**Antrag auf Einstufung in die  
Beitragsabhängigen Zusatzrente (BZR)**

**Daten des/der Antragstellers/in:**

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....

**Hiermit beantrage ich folgende Einstufung ab Praxiseröffnung:**

- Stufe: 2. Praxisjahr** (50% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 740,- p.M.)  
zzgl: Grundrente € 539,40, Todesfallbeihilfe € 29,10 und Krankenunterstützung € 68,10

**Anmerkung:** Im Folgejahr erhöht sich die Vorschreibung automatisch auf das Beitragsniveau 3. und nach dessen Ablauf auf das 4. Praxisjahr.

**ODER**

- Stufe: 3. Praxisjahr** (75% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.110,- p.M.)  
zzgl: Grundrente € 539,40, Todesfallbeihilfe € 29,10 und Krankenunterstützung € 68,10

**Anmerkung:** Im Folgejahr erhöht sich die Vorschreibung automatisch auf das Beitragsniveau 4. Praxisjahr (= maximaler Richtbeitrag zur BZR).

**ODER**

- Stufe: 4. Praxisjahr** (100% des vollen Richtbeitrages der BZR = € 1.480,- p.M.)  
zzgl: Grundrente € 539,40, Todesfallbeihilfe € 29,10 und Krankenunterstützung € 68,10

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

- 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
Grundrente (GR)	539,40	539,40	539,40	539,40
Beitragsabhängige Zusatzrente (BZR)	0,00	740,00	1.110,00	1.480,00
Hinterbliebenenunterstützung (HU)	25,40	25,40	25,40	25,40
Bestattungsbeihilfe (BB)	3,70	3,70	3,70	3,70
Krankenunterstützung (KU)	68,10	68,10	68,10	68,10
	<b>636,60</b>	<b>1.376,60</b>	<b>1.746,60</b>	<b>2.116,60</b>

**Bei Gründung einer Niederlassung ab dem 01.01.2025 gilt:**

Die Beitragsvorschreibung für das 1., 2. und 3. Praxisjahr erfolgt grundsätzlich (von Amts wegen) in Form der ermäßigten Veranlagung laut Beitragsordnung.

Es steht aber allen Teilnehmer:innen frei, bereits mit Praxiseröffnung bzw. im 2. oder 3. Praxisjahr einen höheren Beitrag zur BZR schriftlich zu beantragen und damit die Chance einer höheren finanziellen Absicherung positiv selbst zu beeinflussen.

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