

**NACHLASS / ERMÄSSIGUNG DER WOHLFAHRTSFONDSBEITRÄGE**  
**Arbeitslosigkeit - Präsenzdienst/Zivildienst**

An die  
Ärztekammer Salzburg  
Wohlfahrtsfonds  
Faberstraße 10  
5020 Salzburg

Sie können den Antrag gerne auch via Fax (0662 871327-10) oder eingescannt via Email (lechner-schedler@aeksbg.at) übermitteln

**Antragssteller/in**

Titel und Nachname	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email	

## Antrag

	Nachlass der Beiträge gem. § 2 Zi. 1 bis 4 sowie 6 bis 7 BO (somit entfällt auch Beitragspflicht gem. § 9 BO und Leistungsrecht für das Krankenhaus- und Haustagegeld) <b>aufgrund von Arbeitslosigkeit</b>	
	Beginn Nachlass	
	Ende Nachlass (max. 6 Monate)	

Oder

	Nachlass der Beiträge gem. § 2 Zi. 1 bis 4 sowie 6 bis 7 BO (somit entfällt auch Beitragspflicht gem. § 9 BO und Leistungsrecht für das Krankenhaus- und Haustagegeld) <b>aufgrund meiner Ableistung eines Präsenz- bzw. Zivildienstes</b>	
	Beginn Nachlass	
	Ende Nachlass	

Ich lege diesem Antrag **ausreichende Nachweise** (§ 52 Abs. 4 Satzung) bei und werde jede Veränderung der genannten Umstände dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg unverzüglich bekannt geben.

**Sollte Beitragspflicht gem. § 48a der Satzung (Übernahme der Kosten Sonderklasse) bestehen, so übermittle ich gleichzeitig mit diesem Antrag ein SEPA Lastschrift Mandat (Anlage).**

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass über unvollständig ausgefüllte Anträge nicht entschieden werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

## Informationen und relevante Satzungsbestimmungen

### **§ 22 - Nachlass, Ermäßigung der Fondsbeiträge**

(1) Der Verwaltungsausschuss kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände über begründetes Ansuchen des beitragspflichtigen Fondsteilnehmers die Fondsbeiträge jeweils für die Dauer des Vorliegens der geltend gemachten Umstände, hinsichtlich der Beiträge zu Versorgungsleistungen jedoch grundsätzlich längstens für die Dauer eines Jahres, nach Billigkeit ermäßigen oder in Härtefällen zur Gänze nachlassen (§ 111 ÄrzteG).

(2) Berücksichtigungswürdige Umstände im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere gegeben:

1. wenn der Fondsteilnehmer infolge Krankheit oder anderweitiger nicht selbst verschulde Fondsbeiträge zu zahlen oder wenn die Leistung der vollen Fondsbeiträge aus sonstigen wirtschaftlichen Gründen unbillig beziehungsweise unzumutbar ist,
2. bei besonders hohen finanziellen Belastungen, zum Beispiel im ersten Jahr der Praxiseröffnung,
3. bei Ableistung des ordentlichen Präsenzdienstes (Zivildienstes), im Falle der Zeiten des Mutterschutzes und der Karenz nach den Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes bzw. Elternkarenz-Urlaubsgesetzes, sowie im Falle der Arbeitslosigkeit

(3) Für den Fall der Ermäßigung beziehungsweise des Nachlasses ist der Erwerb von Anwartschaften bzw. die Gewährung von Leistungen dementsprechend eingeschränkt bzw. ausgeschlossen. Dies gilt auch für den Fall der Beitragsrefundierung gemäß § 19 Abs.3. Dieser Ausschluss gilt nicht bezüglich der Notstandsunterstützung.

### **§ 23 - Reihenfolge von Ermäßigungen, Nachlässen**

(1) Eine Ermäßigung, ein Nachlass oder auch eine Stundung der Fondsbeiträge für die Grundleistung kann nur erfolgen, wenn für den betreffenden Zeitraum der Fondsbeitrag für die Zusatzleistung-Neu (§§ 31 und 31a) nachgelassen und nicht gestundet wird.

### **§ 52 Satzung - Ansuchen**

(3) Ansuchen um Ermäßigung beziehungsweise Nachlass von Fondsbeiträgen kann grundsätzlich nur mit Wirksamkeit für das laufende Beitragsjahr stattgegeben werden. Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann Ansuchen um Ermäßigung auch für das dem laufenden Beitragsjahr vorangegangene Kalenderjahr stattgegeben werden.

(4) Ansuchen gemäß Abs.3 sowie um Stundung beziehungsweise Ratenzahlung sind vom Antragsteller mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.

## SEPA Lastschrift-Mandat

---

Creditor ID: IBAN AT192040400040005134 (**Wohlfahrtsfonds** der Ärztekammer für Salzburg)  
BIC: SBGSAT2SXXX

IBAN AT902040400040004244 (Ärztekammer für Salzburg)  
BIC: SBGSAT2SXXX

Zahlungsempfänger: Ärztekammer für Salzburg,  
Wohlfahrtsfonds bzw. Kammerumlage  
Faberstraße 10  
5020 Salzburg

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige die Ärztekammer für Salzburg, Zahlungen von meinem **i n l ä n d i s c h e n** Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer für Salzburg 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.

NAME: \_\_\_\_\_

ANSCHRIFT: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bezeichnung Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Hinweis: Bitte alle o.a. Felder vollständig ausfüllen (IBAN und BIC!)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers