

**Beitrags-
und
Leistungskatalog
der
Wohlfahrtskasse
für
2022**

Krankengeldhilfe

Beiträge

12 x jährlich in EUR

I	II	III	IV	V
13,30	26,60	39,90	66,50	88,80

- Bei Eintritt erfolgt die Einreihung durch das Mitglied (entsprechend der durchschnittlichen Bruttoeinnahmen) - mindestens in Klasse I.
- Höherreihungen in die nächste Krankengeldklasse sind mit jeweils 12 Monaten Wartezeit (auf Antrag) möglich.
- Höherreihungen nach Vollendung des 50. Lebensjahres sind nicht möglich.
- Die Mitgliedschaft zum Fonds endet mit Zuerkennung einer Versorgungsleistung (Pension) oder dem Ende der Beitragspflicht zur Wohlfahrtskasse in OÖ.

Leistungen

täglich in EUR

I	II	III	IV	V
17,40	34,80	52,20	87,00	115,60

Das Krankengeld wird ordentlichen Kammerangehörigen bei Berufsunfähigkeit/während des Mutterschutzes gewährt, wenn länger als 3 (Kalender)Tage durchgehend keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt werden kann. Die Auszahlung erfolgt längstens über 52 Wochen.

Krankenpflegehilfe

Beiträge

12 x jährlich in EUR

	Mitglied	Angehörige
nur über die Wohlfahrtskasse krankenversichert	182,80	182,80
	voller Versicherungsschutz laut WFK-Tarif	
Wohlfahrtskasse und anderweitig gesetzlich versichert	91,40	91,40
	Vergütung von Selbstkosten bis WFK-Tarif	

Versicherte der Kranken- und Unfallfürsorge für öö. Landesbedienstete (KFL) konnten (auf Antrag) bis 31.12.2007 den Beitrag auf 20 % des Normbeitrages für auch anderweitig gesetzlich Versicherte ermäßigen. Erfolgte dieser Antrag und dauert das Versicherungsverhältnis ununterbrochen an, so beträgt der Monatsbeitrag EUR 18,28 mtl.

Leistungen

- (1) **Arzt- und Zahnbehandlungskosten**
- (2) **Krankenhauskosten**
- (3) **Krankentransportkosten**
- (4) **Kurkostenbeiträge**
- (5) **Medikamente/Rezeptgebühren**
- (6) **Heilbehelfe**

Eine Beschreibung der einzelnen Leistungen folgt auf den nächsten Seiten.

Bei Fragen stehen die Kolleginnen der Krankenunterstützungsabteilung – siehe letzte Seite der Broschüre – gerne zur Verfügung.

(1) ARZT- und ZAHNBEHANDLUNGSKOSTEN

werden, sofern es sich um keine außervertraglichen Leistungen handelt, in Höhe des BVAEB-Tarifs ohne Belastungsausgleich übernommen.

Besonderheiten bei den Zahnbehandlungskosten:

- **Prothetische Leistungen** werden in Höhe des BVAEB-Rückersatzes (= 80 %) übernommen.
- **Kieferorthopädische Leistungen** werden im Ausmaß von bis zu 50 % des BVAEB-Tarifes bei Vorlage einer saldierten Honorarnote rückvergütet.
- **Technische Leistungen** (z.B. Implantate, Kronen, Brücken, Geschiebe etc.) und Luxusarbeiten werden nicht vergütet.

(2) KRANKENHAUSKOSTEN

a) Bei **stationärer oder tagesklinischer Behandlung** werden bei einem Aufenthalt in einem der folgenden Vertragskrankenhäuser sämtliche Kosten der Sonderklasse Mehrbettzimmer übernommen:

- alle Ordenskrankenhäuser Oberösterreichs
- alle Krankenanstalten, die dem Land Oberösterreich angehören
- Kepler Universitätsklinikum
- Diakonissenkrankenhaus und Tagesklinik Linz
- Unfallkrankenhaus Linz
- Holding der Salzburger Landeskliniken
(Landeskrankenhaus, Landes-Nerven-Klinik, Krankenhaus St. Veit)
- die Reha-Klinik Jesuitenschlößl in Passau
- Sanatorium St. Georgen
- Reha-Sport Aspach
(nur anlässlich der Rehabilitation im Sinne eines Anschlussheilverfahrens)

Bei einem geplanten Aufenthalt in einer anderen Krankenanstalt Österreichs oder im Ausland leistet die Wohlfahrtskasse alle Kosten, die bei einer Behandlung in einem OÖ Vertragskrankenhaus auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer vergütet worden wären. Es können dabei erhebliche Selbstkosten entstehen!

Eine Deckung für ganz Österreich (Ein- oder Mehrbett) kann freiwillig über den Raiffeisen Versicherungsdienst (Tel. +43-732-6596-0) individuell abgeschlossen werden!

Der Rahmenvertrag ist auf www.aekooe.at (Wohlfahrtskasse/Leistungen/freiwillige Versicherungen) einsehbar.

Die **Kostenübernahme** für eine stationäre Behandlung auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer erfolgt im Rahmen des Leistungsumfang der Wohlfahrtskasse **längstens für 90 Tage pro Krankheitsfall und Aufenthalt**, maximal für die Dauer bis zu 180 Tagen pro Kalenderjahr. Darüber hinaus wird bei ausschließlich über die Wohlfahrtskasse versicherten Personen die allgemeine Gebührenklasse bis zur Höhe der in OÖ maximal geltenden Pflegegebühren übernommen.

Bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr werden im Falle eines stationären Aufenthaltes die Kosten für eine Begleitperson bis zur Höhe der in OÖ geltenden Tarife öffentlich-rechtlicher Krankenanstalten übernommen, sofern eine Begleitperson (vom einweisenden Arzt) als erforderlich erachtet wird.

b) Bei Ambulanten Behandlungen sind in allen Vertragskrankenanstalten in der Regel die Kosten gedeckt - andernfalls Rückvergütung in Höhe des OÖ Landesgesetzblattes.

(3) KRANKENTRANSPORTKOSTEN

in die nächste geeignete Krankenanstalt im Inland sowie der Rücktransport in die Wohnung werden übernommen. Über die Rückvergütung sonstiger Krankentransportkosten entscheidet der Verwaltungsausschuss im Einzelfall.

(4) KURKOSTENBEITRÄGE

Grundsätzlich kann jede ausschließlich über die Wohlfahrtskasse versicherte Person innerhalb von 5 Jahren maximal zweimal um Gewährung eines Kurkostenbeitrages ansuchen. Unter der Voraussetzung, dass die Dauer der Kur mindestens 14 Tage, im Regelfall 21 Tage, maximal jedoch 28 Tage beträgt, und die Kosten nicht von einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, erhalten aktiv tätige Ärzte, Leistungsempfänger, Ehegatten oder eingetragene Partner und Witwen oder hinterbliebene eingetragene Partner von Mitgliedern pro Tag EUR 51,00. Der Kurkostenbeitrag ist vor dem Kuraufenthalt zu beantragen. Versicherte einer anderen gesetzlichen Sozialversicherung können die gesetzlichen Zuzahlungen nach Vorlage entsprechender Belege zur Vergütung einreichen.

(5) MEDIKAMENTENKOSTEN

Nach Einreichung der von der Apotheke gestempelten und taxierten Rezepte wird an das Mitglied die Rückvergütung wie folgt durchgeführt:

- Pensionisten, Witwen oder hinterbliebene eingetragene Partner und Waisen erhalten den Privatpreis abzüglich 10 %.

- **Aktiv tätige Mitglieder und deren Angehörige haben nach Abzug von 10 % (Arztrabatt) einen Selbstbehalt von EUR 36,00 pro Person und Monat.**

Vergütung von Rezeptgebühren: Nur für Empfänger einer Versorgungsleistung sowie deren mitversicherte Angehörige.

(6) HEILBEHELFE

Werden in Höhe des BVAEB Tarifes rückvergütet, außer diese stehen im Fundus der Wohlfahrtskasse zur Verfügung. Ebenfalls nicht vergütet werden Brillen, Einlagen, Bruchbänder, Schwangerschaftsmieder, Gummistrümpfe etc.

Wichtige ergänzende Informationen zu den Unterstützungsleistungen

- a) Die Leistungen aus dem Fonds der Krankenpflegehilfe werden auch im EWR-Ausland zur Gänze vergütet, wenn die Behandlung im Ausland dringend erforderlich ist, die Verrechnung über die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) der Wohlfahrtskasse („Urlaubskrankenschein“) erfolgt, und der Patient ausschließlich über die Wohlfahrtskasse krankenversichert ist. Die Provisorische Ersatzbescheinigung ist vor Antritt der Auslandsreise in der Wohlfahrtskasse anzufordern, sofern die EKVK noch nicht ausgestellt wurde.
- b) Ambulante Krankenhauskosten oder Kosten einer stationären Behandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse werden in ganz Österreich in voller Höhe vergütet, wenn der Patient ausschließlich über die Wohlfahrtskasse krankenversichert ist und
 - die Behandlung dringend erforderlich (Gefahr in Verzug) oder
 - ein Krankentransport und die Behandlung in einem Vertragskrankenhaus nicht zumutbar ist.
- c) Bei Aufhebung temporär vom Verwaltungsausschuss bewilligter Befreiungen in Krankengeld- bzw. Krankenpflegehilfe, besteht eine Wartefrist von 12 Monaten.
- d) Befreiungen von den Beiträgen zur Krankenpflegehilfe für die Dauer des Versicherungsverhältnisses mit der KFL sind unwiderruflich.

- e) Erbringt ein Mitglied den Nachweis darüber, dass die Familienangehörigen aufgrund einer dienstrechtlichen Regelung mit dem Dienstgeber des Ehegatten/eingetragenen Partners (oder dessen Mitgliedschaft zu einer anderen Kammer der selbständig Erwerbstätigen) über eine Krankenversicherung verfügen, die der Versicherung über die Wohlfahrtskasse in allen Bereichen entspricht, können diese auf Antrag von der Mitgliedschaft zur Krankenpflegehilfe auf Dauer und unwiderruflich befreit werden.
- f) Mehrfach krankenversicherte Mitglieder und Angehörige sind verpflichtet, die Kosten primär bei der anderen gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Die Übernahme eventueller Mehrkosten kann folglich im Rahmen der Krankenpflegehilfe beantragt werden. (Damit erspart sich die Wohlfahrtskasse zumeist Kosten und ermöglicht eine Vorschreibung des halben Beitrags.)
- g) Steuerlich stellen die Beiträge zur Krankenunterstützungsabteilung Betriebsausgaben/Werbungskosten dar. Die Leistungen aus der Krankengeldhilfe und der Versorgungsabteilung sind ab 01.01.1989 steuerpflichtig (ausgenommen das Krankengeld während des Mutterschutzes)!
- h) Im Falle des Versicherungsschutzes im Rahmen des reduzierten Beitrages für Versicherte der Krankenfürsorge für öö. Landesbedienstete werden maximal jene Kosten vergütet, die als Selbstbehalt zum KFL-Tarif ausgewiesen werden.
- i) Wenn über EUR 100,00 in einem Kalenderjahr für einen Versicherten der Krankenpflegehilfe (Mitglied, Angehörige oder Hinterbliebene) vergütet werden, erhält der Versicherte zur Information eine Aufstellung dieser Kosten im ersten Quartal des Folgejahres.
- j) **Die der Ärztekammer für OÖ angehörenden Mitglieder sind verpflichtet, bei der Behandlung von Mitgliedern der Wohlfahrtskasse (sowie deren Angehörigen oder Hinterbliebenen) die von der erweiterten Vollversammlung beschlossenen Honorargrundsätze zu beachten.**

Grundversorgung

Beiträge

12 x jährlich

NORMBEITRAG EUR 828,00

Es werden die vollen Anwartschaften = 3 Punkte/Jahr erworben

STAFFELBEITRAG NACH LEBENSALTER IN EUR		Anwartschaftspunkte
bis zum 30. Lebensjahr	165,60	0,6 p. a. (20 %)
bis zum 35. Lebensjahr	331,20	1,2 p. a. (40 %)
bis zum 40. Lebensjahr	496,80	1,8 p. a. (60 %)
bis zum 45. Lebensjahr	662,40	2,4 p. a. (80 %)
bis zum Pensionsantritt	828,00	3 p. a. (100 %)

bei Wiederverehelichung (oder neuerlicher eingetragener Partnerschaft)
und Unterhaltspflicht zusätzlich 25% Beitrag
für geschiedene Partner (oder frühere eingetragene Partner)

Es werden je nach geleistetem Beitrag anteilig Anwartschaftspunkte erworben.

Ausschließlich in Ausbildung befindliche Mitglieder erwerben trotz
Staffelbeitrags die vollen Anwartschaften (3 Punkte/Jahr).

Grundversorgung

Leistungen

14 x jährlich

Referenzwert für die volle Altersversorgung

100 Anwartschaftspunkte mit Vollendung des 65. Lebensjahres = **EUR 1.321,60**

Berechnungsbasis für die Witwen-/Witwerversorgung/ Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

60 % der Leistung des verstorbenen Mitgliedes

Kinderunterstützung und Waisenversorgung

(je nach Alter in Abhängigkeit vom Anspruch des Mitgliedes)

	Kinder- Unterstützung	Halbwaisen (+ 25 %)	Vollwaisen (+ 100 %)
bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	18 %	22,5 %	45 %
bis zum vollendeten 16. Lebensjahr	22 %	27,5 %	55 %
ab dem vollendeten 16. Lebensjahr	26 %	32,5 %	65 %

Vorzeitige Altersversorgung und späterer Bezugsbeginn

Abschlag von 0,4 Prozent für jeden Monat bei Auszahlungsbeginn vor Vollendung des 65. Lebensjahres (maximal 24 % mit Vollendung des 60. Lebensjahres).

Zuschlag von 0,35 Prozent für jeden Monat bei Pensionsantritt nach Vollendung des 65. Lebensjahres (maximal 21 % mit Vollendung des 70. Lebensjahres).

Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung

Bei Tod oder Invalidität eines aktiven Mitgliedes vor Vollendung des 60. Lebensjahres werden die fehlenden Monate bis 60 mit den vollen Anwartschaftspunkten (0,25 für jeden Monat) hinzugerechnet.

Zusatzversorgung (I + II)

Beiträge

12 x jährlich

ab Vollendung des 35. Lebensjahres bis Vollendung des 40. Lebensjahres	EUR 352,60
ab Vollendung des 40. Lebensjahres bis Erreichen der Höchstbeitragsgrundlage (ZV-I) oder Zuerkennung der Pensionsleistung (ZV-II)	EUR 705,20

Leistungen

14 x jährlich

Zusatzversorgung I

(für Mitglieder, die bereits vor dem 01.01.1996 das 35. Lebensjahr vollendeten)

Die Auszahlungssumme beträgt **1,2 % der Bemessungsgrundlage** – bei Erreichen der Höchstbemessungsgrundlage von EUR 114.000,00 monatlich EUR 1.368,00

Zusatzversorgung II

(für Mitglieder, die ab 01.01.1996 das 35. Lebensjahr vollendeten oder von der Zusatzversorgung I umgestiegen sind)

Die Auszahlungssumme ist

abhängig vom individuellen Pensionskapital und Verrentungsfaktoren

(Antrittsalter, durchschnittliche Lebenserwartung aller Anspruchsberechtigten, etc.)

Berechnungsbasis für die Witwen-/Witwerversorgung/ Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

60 % der Leistung des verstorbenen Mitgliedes

Unversorgten Vollwaisen gebührt die Witwenzusatzleistung/Leistung an den hinterbliebenen eingetragenen Partner - bei mehreren Vollwaisen verhältnismäßig geteilt.

Notstandshilfe

Beiträge

12 x jährlich

ab Vollendung des 45. Lebensjahres
oder Eintragung einer Niederlassung

EUR 13,60

aktive Mitglieder, die zu Jahresbeginn einen
Beitragsstand in der **Zusatzversorgung I** haben,
entrichten jährlich 1,50 % der Bemessungsgrundlage

Leistungen

- Laufende monatliche Leistungen bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf EUR 2.044,22 bzw. EUR 1.348,42.
- Laufende monatliche Leistungen an Witwen oder Hinterbliebene eingetragene Partner bis zur Ergänzung ihres Gesamteinkommens auf EUR 1.534,29 bzw. EUR 1.022,23.
- Laufende monatliche Leistungen an Kinder und Waisen.
- Unverzinsliche Darlehen bis zum Höchstbetrag von EUR 1.100,00 pro Studienjahr an hochschulstudierende Kinder und Waisen.
- Einmalige Unterstützungen und Studienbeihilfen.
- Ausgleichszahlungen an die gesetzlichen Pensionsversicherungsträger für Pflegegeldbezieher, die ausschließlich von der Ärztekammer für Oberösterreich eine laufende Versorgungsleistung erhalten.
- Unterstützung für außergewöhnlich hohe Krankheitskosten, sofern nicht Kostenersatz aus der Krankenpflegehilfe beansprucht werden kann.

Todesfallbeihilfe

Beiträge

12 x jährlich in EUR

Mitglieder bis Vollendung des 35. Lebensjahres	Mitglieder ab Vollendung des 35. Lebensjahres	auf Antrag ist eine Halbierung des Beitrags/ der Leistung möglich		Mitglieder, die als Pensionsbe- zieher geführt werden
		bis Vollendung 35. Lebensjahr	ab Vollendung 35. Lebensjahr	
23,00	46,00	11,50	23,00	23,00

0,4 Anwartschaftspunkte/Monat bei erstmaliger Mitgliedschaft **ab 1.1.2005**; im Todesfall beitragsfreie Zuerkennung von Punkten für die fehlenden Monate bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Leistungen

Einmalig und vom Empfänger zu versteuern

- Auszahlung einer einmaligen **HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG** beim Tode des Mitgliedes an eine/mehrere zeitlich zuletzt namhaft gemachte Person/en bei 100 erworbenen Anwartschaftspunkten in Höhe von:
 - **EUR 37.900,00** zzgl. 19 % (EUR 7.201,00) je unversorgte Waise bzw.
 - **EUR 17.200,00** zzgl. 21 % (EUR 3.612,00) je unversorgte Waise bzw.
 - bei weniger Anwartschaftspunkten verhältnismäßig gekürzt.
- Auszahlung einer **BESTATTUNGSBEIHILFE** beim Tode des Mitgliedes an den/die Empfänger der Hinterbliebenenunterstützung. Die Höhe beträgt **EUR 3.500,00**.

Über den/die Zahlungsempfänger muss eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung in der Wohlfahrtskasse hinterlegt sein. Die Erklärung kann jederzeit geändert werden. Diesbezügliche sonstige Willensäußerungen (zB im Testament) haben keine Rechtswirksamkeit. In Ermangelung einer Erklärung haben nacheinander Anspruch 1. Witwe/Witwer/eingetragener Partner → 2. Waisen → 3. sonstige gesetzliche Erben.

Die Neuregelung der Todesfallbeihilfe nach Anwartschaftspunkten erfolgte mit 1. Jänner 2005. Für Mitglieder, die bereits vor 2005 Beiträge entrichtet haben, gelten jedenfalls die Leistungen unabhängig von der Beitragszahlungsdauer.

PensionPlus

Beiträge

12 x jährlich in EUR

Klasse	bei Monatseinnahmen	Monatsbeitrag
I	bis zur FSVG HBGL ^{*)}	50,00
II	bis zur 1½ fachen FSVG HBGL	100,00
III	bis zur 2 fachen FSVG HBGL	200,00
IV	bis zur 2½ fachen FSVG HBGL	400,00
V	bis zur 3 fachen FSVG HBGL	800,00
VI	über der 3 fachen FSVG HBGL	1.600,00

^{*)} FSVG Höchstbeitragsgrundlage 2022: EUR 6.615,00 p. m.

Die Beitragspflicht beginnt mit Vollendung des 45. Lebensjahres (zumindest in Klasse I) und endet mit der Zuerkennung einer Pensionsleistung aus dem Fonds, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres.

Leistungen

14 x jährlich, max. 70 Auszahlungen

Frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres (abhängig vom individuellen Kapital und der Anzahl der verbleibenden Monate) bis Vollendung des 65. Lebensjahres.

Eine einmalige Erstattung des (Rest)Kapitals erfolgt

- bei Invalidität vor Vollendung des 60. Lebensjahres.
- nach Vollendung des 65. Lebensjahres, wenn keine Leistung beantragt wurde.
- bei Ableben an die Erben im Wege der Verlassenschaft.
- beim Ausscheiden aus der Wohlfahrtskasse.

Anstelle der einmaligen Erstattung nach Vollendung des 65. Lebensjahres oder bei Invalidität kann ein Übertrag des Kapitals in die Zusatzversorgung II beantragt werden.

Wichtige ergänzende Informationen zur Vorschreibung der Beiträge

Der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für OÖ sind automatisch keine Einkommensdaten Ihrer Mitglieder bekannt, deshalb werden **in erster Linie altersabhängige Staffelwerte im Bereich der Pensionsvorsorge** vorgeschrieben. Entsprechen diese der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitglieds, besteht **voller Versicherungsschutz und Einkommensnachweise müssen nicht zur Bemessung übermittelt werden.**

Unter gewissen Voraussetzungen sind, auf Antrag, einkommensabhängige Reduktionen bzw. Befreiungen der Beiträge möglich. Dies hat zur Folge, dass Leistungsansprüche vermindert oder ausgeschlossen werden. **Gegen Vorlage aussagekräftiger Einkommensnachweise kann die Wohlfahrtskasse prüfen, ob Belastungsobergrenzen überschritten werden/wurden.**

1) Reduktion lt. Ärztegesetz auf 18 % der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit

Bei dieser Variante steht es dem Mitglied frei, zu bestimmen, welche Beiträge/Fonds innerhalb des Gesamtbeitrags reduziert werden.

Bemessungsgrundlage:

- **bei unselbständig tätigen Mitgliedern:** jedenfalls der monatliche Bruttogrundgehalt sowie sonstige Zulagen und Zuschläge, Überstunden, Ambulanz- und Sondergebühren. Zulagen und Zuschläge im Sinne des § 68 EStG 1988 und die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988 in der jeweils geltenden Fassung sind ausgenommen.
- **bei selbständig tätigen Mitgliedern:** Einnahmen vor Abzug der Werbungskosten, Betriebsausgaben oder Sonderausgaben (Umsatz)
- **bei gemischt tätigen Mitgliedern:** beschriebene Bemessungsgrundlagen kumulativ

2) Im Falle einer **geminderten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit oder besonderen finanziellen Belastung** erlauben die **Richtlinien des Verwaltungsausschusses** eine darüber hinaus gehende Beitragsentlastung ohne dadurch jedoch den Pflichtbeitragscharakter und somit die volle steuerliche Abschreibbarkeit der Beiträge zu gefährden. Der Belastungsprozentsatz beträgt (in Abhängigkeit vom Einkommen, progressiv steigend) **maximal 11,76 %**. Zusätzlich wird die konkrete familiäre Situation in der Form bewertet, als sich dieser Belastungsprozentsatz für den **Alleinverdiener/Alleinerzieher um 1 %** sowie für jedes **unversorgte Kind um 0,5 %** verringert.

Bemessungsgrundlage:

- **bei unselbständig tätigen Mitgliedern:** Jahresbrutto inkl. allenfalls bezogener Sondergebühren/Zahlungen aus dem Solidarfonds geteilt durch 12 Vorschreibungsmonate
- **bei selbständig tätigen Mitgliedern:** Gewinn vor Steuern (Betriebserfolg) zuzüglich der abgesetzten Beiträge zur Wohlfahrtskasse und der halben Beiträge zur SVS
- **bei gemischt tätigen Mitgliedern:** beschriebene Bemessungsgrundlagen kumulativ

Bei dieser Variante ist eine Reihenfolge der zu streichenden/kürzenden Fondsbeiträge - um eine besondere Schiefelage im Beitragsaufkommen zwischen den Solidar- und Individualleistungen zu vermeiden - zwingend einzuhalten.

Einkommensabhängige Reduktionen werden für die Dauer der wirtschaftlichen Voraussetzungen, längstens jedoch bis zum im Schreiben des Verwaltungsausschusses angedruckten Zeitpunkt bewilligt.

3) Mitglieder der Wohlfahrtskasse, die **pragmatisiert** sind oder über einen **unkündbaren Sondervertrag** mit einer über die ASVG-Pension hinausgehenden **Betriebs- oder Dienstordnungspension** verfügen, können, ausgenommen für die Fonds der

NOTSTANDSHILFE und TODESFALLBEIHILFE

auf Antrag von allen übrigen Beiträgen gemäß § 22 der Satzung der Wohlfahrtskasse **auf Dauer und unwiderruflich** befreit werden. Wird eine freiberufliche Tätigkeit im Rahmen einer Ordination ausgeübt, hat eine Vorschreibung von Beiträgen zur Grundversorgung zu erfolgen.

Beitragsreduktionen haben zur Folge, dass Leistungsansprüche ausgeschlossen oder vermindert werden!

Die **Einhebung** erfolgt...

- bei **unselbständig tätigen Mitgliedern**
über den Dienstgeber im Zuge der Gehaltsverrechnung
- bei **selbständig tätigen Mitgliedern**
mittels Bankeinzugs nach Erteilung eines Abbuchungsauftrages
- bei **gemischt tätigen Mitgliedern** über den Dienstgeber oder mittels Bankeinzug

Die Beiträge zur Wohlfahrtskasse sind Jahresbeiträge, die monatlich vorgeschrieben werden. Alle Mitglieder erhalten nach Änderungen¹ eine korrigierte Mitteilung. (Auf der Rückseite befindet sich eine Vorschau für das gesamte Kalenderjahr.)

Im Frühjahr erfolgt eine Endabrechnung für das Vorjahr (eingeschrieben als Bescheid). In diesem werden die vorgeschriebenen Beiträge mit den verbuchten Zahlungen gegenübergestellt und (evtl.) Differenzen ermittelt. In weiterer Folge werden Salden - je nach Zahlungsart - über den Gehaltsweg, das Beitragskonto oder per Pensionsabzug ausgeglichen.

¹erfolgt auch bei Änderungen durch die Standesführung, welche Einfluss auf die Kammerumlagen (Mitgliedsbeiträge) haben, zB die Beendigung der Ausbildung, Gründung einer Niederlassung, Wechsel von Tätigkeiten, etc.

Nach Ablauf der Rechtsmittelfrist in den Bescheiden werden diese rechtskräftig.
Bitte daher um eine umgehende Überprüfung nach Erhalt.

Änderungen in der Berufstätigkeit sind der Wohlfahrtskasse innerhalb einer Woche, Veränderungen im Familienstand (zB Verheiratung, Scheidung, Geburt eines Kindes, Beginn/Ende der Ausbildung eines Kindes, Todesfall etc.) binnen vier Wochen unter Vorlage der diesbezüglichen Ständesdokumente oder sonstiger Dokumente schriftlich bekannt zu geben!

Ihre Ansprechpartner:

(Zahn-)Arztkosten und sonstige extramurale Behandlungskosten, Krankenhauskosten und Krankengeldhilfe:

Frau Eder (DW 248), Frau Graf (DW 321), Frau Mitterlehner (DW 263) und Frau Zmuck (DW 228)

Medikamente, Rezeptgebühren, Heilmittel, Heilbehelfe, Kur- und Krankentransportkosten:

Frau Riegler (DW 295)

Pensionen und Todesfälle:

Frau Leban (DW 214)

✉ Email: leistung@aekoee.at

Vorschreibungen, Beitragseinhebung, Jahresendabrechnungen, Mutterschutz/Karenz:

Familiennamen A - J: Frau Bamschoria (DW 288)

Familiennamen K - Z: Frau Kaiserseder (DW 249)

Pensionsberatungen, Beitragsreduktionen und -nachkäufe, Fragen zur Sozialversicherung:

Familiennamen A - J: Herr Sedlacek (DW 250)

Familiennamen K - Z: Herr Zehetleitner (DW 294)

✉ Email: wfk@aekoee.at

Leiter der Wohlfahrtskasse: Herr Gratzl, MBA CFP® EFA® (DW 234)

☎ Tel.: +43-732-77 83 71-DW

☎ Fax: +43-732-78 36 60-DW

🏠 Home: www.aekoee.at