

Information zum Antrag für Auffüllungsbeiträge

Es ist möglich, Ihren monatlichen Beitrag aus angestellter Tätigkeit (Besondere Versorgungsabgabe) auf Antrag bis maximal zur Allgemeinen Versorgungsabgabe aufzufüllen (Auffüllungsbeiträge nach § 27 Abs. 9 der Satzung). Diese Auffüllungsbeiträge steigern Ihre späteren Renten- und Hinterbliebenenansprüche.

Selbstzahler (Überweisung/Dauerauftrag)

Sie können mit Hilfe Ihrer Gehaltsabrechnungen die Differenz zum Höchstbeitrag ermitteln und Ihren Auffüllungsbeitrag bis spätestens im April des Jahres, das dem Berechnungszeitraum folgt, selbst auf unser unten angegebenes Konto überweisen.

Das ist Ihnen zu aufwändig? Dann nutzen Sie doch einfach die Möglichkeit des Lastschriftinzugs:

Lastschriftverfahren (SEPA-Mandat)

Nach Vorliegen aller relevanten Arbeitgebermeldungen ermitteln wir für Sie den möglichen Auffüllungsbeitrag und buchen diesen bzw. den von Ihnen gewünschten Betrag von Ihrem Konto ab.

Bitte reichen Sie dafür auch ein SEPA-Mandat (als Download auf unserer Homepage oder auf Anforderung per Post) ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Antrag wieder bei uns ein.

Was ist zu beachten?

Eine Abstimmung Ihrer Auffüllungsbeiträge mit dem maximal möglichen Beitrag ist immer erst nach dem ersten Quartal des Folgejahres möglich, weil erst alle relevanten Arbeitgebermeldungen vorliegen müssen. Ihr Arbeitgeber hat jedoch bis Ende März die Möglichkeit, für das Vorjahr Beiträge nachzuberechnen. Die Höhe des Einkommens und die sich draus ergebenden Beiträge, die Grundlage für die Berechnung des möglichen maximalen Auffüllungsbeitrags sind, stehen daher frühestens im April des Folgejahres fest.

Auffüllungsbeiträge, die Sie nach Abstimmung mit den gezahlten Beiträgen des Vorjahres an uns überweisen oder wir von Ihrem Konto einziehen, werden zum Zeitpunkt des Zahlungseingangs Ihrem Mitgliedskonto unter den dann geltenden Bedingungen gutgeschrieben.

Haben Sie noch Fragen? Dann wenden Sie sich gerne an unsere Beitragsabteilung, deren Kontaktdaten Sie ebenfalls auf dieser Homepage finden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Versorgungswerk

Zahlung von Auffüllungsbeiträgen

Angestellte Mitglieder mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung können auf Antrag ihre Beiträge (Besondere Versorgungsabgabe) bis auf den Höchstbeitrag auffüllen. Dieser beläuft sich 2021 auf 15.847,20 € jährlich 1.320,60 € monatlich. Mit dem so genannten Auffüllungsbeitrag können Rentenansprüche zu denselben Konditionen, die für Pflichtbeiträge gelten, erhöht werden.

Dabei ist zu beachten,

- dass eine Abstimmung der Auffüllungsbeiträge mit dem maximal möglichen Beitrag immer erst nach dem ersten Quartal des Folgejahres möglich ist, weil erst alle relevanten Arbeitgebermeldungen vorliegen müssen. Ein Arbeitgeber hat bis Ende März die Möglichkeit, für das Vorjahr Beiträge nachzuberechnen. Die Höhe des Einkommens und die sich draus ergebenden Beiträge, die Grundlage für die Berechnung des möglichen maximalen Auffüllungsbeitrags sind, stehen daher frühestens im April fest.
- dass Auffüllungsbeiträge erst im Jahr des Zahlungseingangs auf dem Konto des Versorgungswerks dem Mitgliedskonto gutgeschrieben werden (In-Prinzip).
- dass eventuell überzahlte Beträge von Selbstzahlern (Überweisung/Dauerauftrag) automatisch wieder erstattet werden.

Eine Auffüllung der Beiträge ist auf Antrag für das jeweilige Jahr bis zum Renteneintritt möglich. Der Antrag ist notwendig, um die Zahlung richtig zuordnen zu können.

Antrag auf Zahlung von Auffüllungsbeiträgen

Mitgliedsnummer: _____ Name: _____

Hiermit beantrage ich,

meine Beitragszahlungen für _____ (bis 31.3. auch Angabe Vorjahr möglich)

- auf den Höchstbeitrag oder
- einmalig um _____ Euro aufzufüllen.

ab _____ bis auf Widerruf meine jährlichen Beitragszahlungen regelmäßig

- auf den Höchstbeitrag oder
- um _____ Euro aufzufüllen.

Die beantragten Auffüllungsbeiträge

- () werde ich selbst berechnen und bis spätestens April des Folgejahres auf das Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (IBAN DE41 3006 0601 0001 0112 27 - BIC DAAEDEDXXX) überweisen
- () ziehen Sie bitte im April des jeweiligen Folgejahres von meinem Konto mittels Lastschrift ein (dafür bitte auch Anlage SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.)

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte zurück an das:

Versorgungswerk
der Ärztekammer Bremen
Postfach 10 77 29
28077 Bremen