

## Selbstdeklaration Mitgliederkategorie für das Jahr

Die Kategorien definieren sich nach Erwerbstätigkeit per **01.01. des Beitragsjahres** (oder des Beitrittsdatums). Eine Stichprobenartige Überprüfung der Selbstdeklaration behält sich die Appenzellische Ärztegesellschaft vor. Das Reduktionsgesuch kann nur für das jeweils laufende Vereinsjahr gestellt werden und ist bis spätestens **31. Januar** (Datum Poststempel) einzureichen.

Name, Vorname

### Kantonaler Beitrag: Appenzellische Ärztegesellschaft

**Kat. 1:** (praktizierender Facharzt, nicht Spital)  Kat. 1.1: AHV-pflichtiges Einkommen > 96'100 CHF  
 Kat. 1.2: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 96'100 CHF  
 Kat. 1.3: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 48'050 CHF

**Kat. 2:** (Leitender Arzt oder Chefarzt im Spital)  Kat. 2.1: AHV-pflichtiges Einkommen > 96'100 CHF  
 Kat. 2.2: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 96'100 CHF  
 Kat. 2.3: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 48'050 CHF

*Anmerkung: Eine Zuordnung in Kat. 2 ist nur für Ärzte mit Kaderfunktion in einem Spital möglich. Eine Anstellung in einem Institut bzw. einer Gruppenpraxis erfordert die Zuordnung in Kat. 1*

**Kat. 3:** (Oberarzt oder Spitalfacharzt im Spital)  Kat. 3.1: AHV-pflichtiges Einkommen > 64'066 CHF  
 Kat. 3.2: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 64'066 CHF  
 Kat. 3.3: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 32'033 CHF

**Kat. 4:** (Assistenzarzt in Weiterbildung)  Kat. 4: AHV-pflichtiges Einkommen > 48'050 CHF  
 Kat. 4.2: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 48'050 CHF  
 Kat. 4.3: AHV-pflichtiges Einkommen ≤ 24'025 CHF

**Kat. 5:** (Wohnsitz und Tätigkeit im Ausland)

**Kat. 6:** (vorübergehend nicht als Arzt tätig)

**Kat. 7:** (nach definitiver Berufsaufgabe)

**Kat. 8:** (Ehrenmitglieder)

**Kat. 9:** (Mitgliedschaft bei der Appenzellischen Ärztegesellschaft seit mind. 40 Jahren)

**Kat. 10:** (ausserordentliche Mitglieder, Bsp nicht im Kanton tätige Ärzte)

### FMH Beitrag

Ich bin Mitglied bei der FMH und bezahle meine Beiträge über die Appenzellische Ärztegesellschaft  
 Ich habe Anrecht auf eine Reduktion des FMH Beitrags (für Kat. 1 und 2 bei AHV-pflichtigem Einkommen <71'000 CHF)

Ich bin Mitglied bei der FMH und bezahle meine Beiträge über folgende Basisorganisation:  
 (Bitte Bestätigung Basisorganisation beilegen)

Ich bin seit mind. 40 Jahren Mitglied bei der FMH (entsprechend FMH Kat. 9)

Ich bin nicht Mitglied der FMH

Ort, Datum

Unterschrift