

Freiwillige Beitragszahlung für das Jahr **2025**

Hinweis:

Beiträge zur HZV können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer pro Kalenderjahr bis zu einem Höchstbeitrag von EUR **29.344** (bei zusammen veranlagten Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern i. S. d. PartG EUR **58.688**) im Rahmen des Sonderausgabenabzugs als Altersvorsorgeaufwendungen geltend gemacht werden (§ 10 Abs. 2 Buchst. a) EStG).

Hiervon wirken sich 100 % steuermindernd aus. Dies gilt auch für freiwillige Beiträge neben der laufenden Beitragszahlung im Rahmen der Höchstgrenzen.

SEPA-Basislastschriftmandat für freiwillige

Beiträge Bitte ziehen Sie für das Kalenderjahr **2025**

einmalig	am
den maximal freiwilligen Beitrag (derzeit EUR 13.284,00 bzw. EUR 6.648,00 ab dem 61. Lebensjahr; diese Höchstsummen beziehen sich auf alle, auch die bereits geleisteten, freiwilligen Beiträge in 2025)	
Individueller Beitrag EUR	
monatlich	ab
den maximalen freiwilligen Beitrag (derzeit EUR 1.107,00 bzw. ab dem 61. Lebensjahr EUR 554,00)	
Individueller Beitrag EUR	

von folgendem Konto ein:

(Insgesamt kann in **2025** ein **Jahreshöchstbeitrag von EUR 43.421,70** gezahlt werden. (= Pflichtbeitrag zzgl. des maximalen freiwilligen Beitrages.) Bei Überschreiten des zulässigen Höchstbeitrages erfolgt der Einzug anteilig bis zur Höchstgrenze!

Ich ermächtige die Hessische Zahnärzte-Versorgung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt	Gläubiger-Identifikationsnummer DE42ZZZ00000531064
Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
IBAN (22-Stellen)	
BIC	
Name des Kreditinstituts	

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt