1060 Wien, Linke Wienzeile 48-52, Tel.: 050 2350-0*, Basa: (880) 2350-0*, www.vaeb.at

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Antrag auf Mitversicherung für pflegende Angehörige

gem. § 123 Abs. 7b ASVG bzw. § 56 Abs. 6b B-KUVG

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Mitgliedsnummer:

Versicherte/r	Zuname:	Versicherungsnummer	
		Lfd. Nr.	Geb.-Datum TT MM JJ
	Vorname:		

Wohnsitzadresse:

Handelt es sich bei dieser Adresse um eine Pflegeeinrichtung (Pflegeheim, Seniorenheim, u. dgl.)? ja ☐ nein ☐

Personenstand:

Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? …… ja ☐ nein ☐

Werden Sie von Ihrer/Ihrem Angehörigen in häuslicher Umgebung gepflegt? ja ☐ nein ☐

erwerbsmäßig ☐ nicht erwerbsmäßig ☐

Ist für Ihre Pflege eine erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft Ihrer/Ihres Angehörigen erforderlich? ja ☐ nein ☐
(Pflegeaufwand der pflegenden Person mindestens 120 Stunden monatlich - Pflegestufe 3 -,
somit wöchentlich etwa 30 Stunden)

(Pflegegeldbescheid in Kopie bitte beilegen!)

Angehörige/r	Zuname:	Versicherungsnummer	
		Lfd. Nr.	Geb.-Datum TT MM JJ
	Vorname:		
	Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit:	

Wohnsitzadresse:

Verwandtschaftsverhältnis (Angehörigeneigenschaft) zur/zum Versicherten:

- ☐ Mutter/Vater
- ☐ Wahlmutter/Wahlvater
- ☐ Stiefmutter/Stiefvater
- ☐ Pflegemutter/Pflegevater
- ☐ Schwiegermutter/Schwiegervater
- ☐ Tochter/Sohn
- ☐ Wahltochter/Wahlsohn
- ☐ Stieftochter/Stiefsohn
- ☐ Pflegetochter/Pflegesohn
- ☐ Schwiegertochter/Schwiegersohn
- ☐ Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene/r Partner/in
- ☐ Lebensgefährtin/Lebensgefährte
- ☐ Schwester/Bruder
- ☐ Schwägerin/Schwager
- ☐ Enkelin/Enkel
- ☐ sonstiges Verwandtschaftsverhältnis welches? ……

(Dokumente in Kopie bitte beilegen!)

Hat Ihr/e Angehörige/r eine eigene Krankenversicherung (Krankenfürsorge) im In- oder Ausland? …… ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte Krankenkasse (Krankenfürsorgeeinrichtung) angeben:

Ist Ihr/e Angehörige/r Mitglied einer Kammer bzw. bezieht sie eine Pension nach den nachstehenden Bundesgesetzen?

JA ☐ NEIN ☐

Ärztekammer	☐	Ingenieurkammer	☐
Rechtsanwaltskammer	☐	Österr. Patentsanwaltskammer	☐
Österr. Apothekerkammer	☐	Kammer der Wirtschaftstreuhänder	☐
Tierärztekammer	☐	Dentistenkammer	☐

Versicherungspflicht nach dem Notariatsversicherungsgesetz (NVG) ☐
Pensionsbezug für freiberuflich selbständige erwerbstätige (FSVG) ☐
Pensionsbezug für selbständig Erwerbstätige (GSVG) ☐
Pensionsbezug für Notare (NVG) ☐

Führt ihr/e Angehörige/r einen landwirtschaftlichen Betrieb auf eigene Rechnung oder bezieht sie eine Pension nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz? JA ☐ NEIN ☐

Übt Ihr/e Angehörige/r im Ausland eine Erwerbstätigkeit aus? JA ☐ NEIN ☐
Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Pension aufgrund dieser Erwerbstätigkeit? JA ☐ NEIN ☐
Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Hinterbliebenenpension aus dem Ausland? JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, bitte Unterlagen beilegen!

Ist Ihr/e Angehörige/r bei einer ausländischen diplomatischen (konsularischen) Vertretung oder einer in Wien ansässigen internationalen Organisation (z.B. UNIDO, UNOV, OPEC, IAEA, UNRWA) beschäftigt? …… ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bei welcher diplomatischen (konsularischen) Vertretung oder bei welcher internationalen Organisation wird die Beschäftigung ausgeübt? ……

Bezieht Ihr/e Angehörige/r eine Pension aufgrund dieser Beschäftigung? …… ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte Unterlagen beilegen!

Ich werde alle Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen unverzüglich der VAEB bekannt geben. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprochen haben, verpflichte ich mich, den der Versicherungs anstalt dadurch entstandene Schaden zu ersetzen.

Datum | Telefonnummer | Unterschrift der/des Versicherten