



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

An die

Beitragskontonummer

1 Antrag auf Inanspruchnahme einer Leistung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

	Versicherungsnummer		
	Lfd.-Nr.	Geburtsdatum	
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		Tag	Monat Jahr
Vorname(n)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer:		

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

1. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

2. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

3. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

ACHTUNG: Liegen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nicht vor (keine Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze durch Zusammenzählen der Entgelte), gilt dieser Antrag als vorläufiger Antrag nach § 19a ASVG zur Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (Kranken- und Pensionsversicherung).

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers



An die

Beitragskontonummer

2 Antrag auf Inanspruchnahme einer Leistung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

	Versicherungsnummer		
	Lfd.-Nr.	Geburtsdatum	
Familiename/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		Tag	Monat Jahr
Vorname(n)	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer:		

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

- 1. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden
- 2. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden
- 3. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

ACHTUNG: Liegen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nicht vor (keine Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze durch Zusammenzählen der Entgelte), gilt dieser Antrag als vorläufiger Antrag nach § 19a ASVG zur Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (Kranken- und Pensionsversicherung).

Datum _____ Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers _____