



Antrag auf Mitversicherung für Angehörige gem. § 123 ASVG bzw. § 56 B-KUVG

Bitte für jeden Angehörigen ein eigenes Antragsformular ausfüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen



Mitgliedsnummer:

Versicherte/r	Zuname:	Versicherungsnummer	
	Vorname:	Lfd. Nr.	Geb.-Datum TT MM JJ
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit:	
	Telefonnummer:	e-mail:	
Wohnsitzadresse:			
Personenstand:		seit:	
Angehörige/r	Zuname:	Versicherungsnummer	
	Vorname:	Lfd. Nr.	Geb.-Datum TT MM JJ
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit:	
	Telefonnummer:	e-mail:	
Wohnsitzadresse:			
Personenstand:		seit:	
Einkommen in €	Art des Einkommens (z.B. Gehalt, Lohn, Pension, Alimente, Einkünfte aus selbständiger Erwerbstätigkeit, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe-bezug, Kinderbetreuungsgeld etc.)		

Ich beantrage die Einbeziehung meiner/meines Angehörigen als:

1. <input type="checkbox"/> Ehegattin, Ehegatte	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerin, eingetragenen Partner
2. <input type="checkbox"/> eheliches / legitimes / Wahlkind	
3. <input type="checkbox"/> uneheliches Kind	
4. <input type="checkbox"/> Stiefkind	
5. <input type="checkbox"/> Enkel	
6. <input type="checkbox"/> Pflegekind mit unentgeltlicher Verpflegung	
<input type="checkbox"/> Pflegekind mit behördlicher Bewilligung	
<input type="checkbox"/> Pflegekind bis zum 3. Grad verwandt oder verschwägert (wird von mir gepflegt und erzogen, ständige Hausgemeinschaft mit mir besteht)	
Bitte Zutreffendes ankreuzen, wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat	
7. <input type="checkbox"/> Das Kind befindet sich in Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung - seit	
8. <input type="checkbox"/> Das Kind ist seit dem Ende der Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung erwerbslos und hat keinen Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung - seit	
9. <input type="checkbox"/> Das Kind ist seit der Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. seit dem Ende der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung dauernd wegen Krankheit (Gebrechen) erwerbsunfähig - seit	
10. <input type="checkbox"/> Verwandte haushaltsführende Person	
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: _____	
11. <input type="checkbox"/> Nicht verwandte haushaltsführende Person (Lebensgefährtin / Lebensgefährte)	
12. <input type="checkbox"/> Pflegende Lebensgefährtin / Pflegender Lebensgefährte	
13. <input type="checkbox"/> Pflegende Angehörige / Pflegender Angehöriger	

- Bitte umblättern! -

Hat Ihr/e Angehörige/r eine eigene Krankenversicherung (Krankenfürsorge) im In- oder Ausland?
Wenn ja, bitte Krankenkasse (Krankenfürsorgeeinrichtung) angeben:

ja nein

Bitte ergänzen, wenn die Mitversicherung als verwandte haushaltsführende Person (10), als nicht verwandte haushaltsführende Person (11) oder als pflegende Lebensgefährtin/pflegender Lebensgefährte (12) beantragt wird

Ich erkläre, dass die mitzuversichernde Person seit mit mir in Hausgemeinschaft (Hauptwohnsitz) lebt, mir seit diesem Zeitpunkt unentgeltlich den Haushalt führt und kein/e im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin bzw. eingetragener Partner/eingetragene Partnerin vorhanden ist.

Bitte ergänzen, wenn die Mitversicherung als Ehegatte/Ehegattin bzw. eingetragener Partner/eingetragene Partnerin (1), als verwandte haushaltsführende Person (10), als nicht verwandte haushaltsführende Person (11), als pflegende Lebensgefährtin/pflegender Lebensgefährte (12) oder als pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger (13) beantragt wird

Ist die unter Punkt 1, 10, 11, 12 oder 13 angeführte Person Mitglied einer Kammer bzw. bezieht sie eine Pension nach den nachstehenden Bundesgesetzen?

JA NEIN

Ärztammer

Rechtsanwaltskammer

Österr. Apothekerkammer

Tierärztkammer

Versicherungspflicht nach dem Notariatsversicherungsgesetz (NVG)

Pensionsbezug für freiberuflich selbständige erwerbstätige (FSVG)

Pensionsbezug für selbständig Erwerbstätige (GSVG)

Pensionsbezug für Notare (NVG)

Ingenieurkammer

Österr. Patentsanwaltskammer

Kammer der Wirtschaftstreuhänder

Dentistenkammer

Führt die in Punkt 1, 10, 11, 12 oder 13 eingetragene Person 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!

Erklärung

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Versicherungsanstalt einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle den Antrag betreffende Änderungen unverzüglich der Versicherungsanstalt bekannt zu geben.

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Versicherten

Beachten Sie bitte die im Informationsblatt angeführten Voraussetzungen bzw. Nachweise!