1	**Antrag** ❒ auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung (gemäß § 16 Abs. 1 ASVG) ❒ auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes (gemäß § 16 Abs. 2a ASVG)

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➢ Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname/n	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)	❒ weiblich ❒ männlich	Staatsangehörigkeit		
Tel. Nr.	E-Mailadresse			

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____ ***In welchem Staat?*** _____

Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland: Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____ Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____ *ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)*	❒ ja	❒ nein
Bezug von Krankengeld, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld	❒ ja	❒ nein
Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung	❒ ja	❒ nein
Präsenzdienst bzw. Zivildienst	❒ ja	❒ nein
Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei: Name: Versicherungsnummer:		
Beendigung der Mitversicherung wegen ❒ Ehe geschieden/eingetragene Partnerschaft aufgelöst ❒ Sonstige Gründe: seit: _____ _____ *(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)* *(Nachweise bitte in Kopie beilegen)*		
Haben Sie in den letzten 24 Monaten eine Schul-/Berufsausbildung beendet und sind Sie seither erwerbslos?	❒ ja	❒ nein
Sind Sie infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig?	❒ ja	❒ nein

Beziehen Sie aus Österreich oder einem anderen Staat eine Pension oder eine Rente? Wenn ja, aus welchem Staat? _____ Haben Sie sich aufgrund dieses Bezuges von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	❒ ja ❒ ja	❒ nein ❒ nein
Besteht für Sie derzeit in einem anderen Staat Versicherungspflicht oder eine Pflichtversicherung (zB aufgrund eines Rentenbezugs, einer Erwerbstätigkeit)? Wenn ja, in welchem Staat? _____ Wenn nein, sind Sie ❒ kraft Gesetz, ❒ auf Antrag oder ❒ aufgrund eines Optionsrechts aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden?	❒ ja	❒ nein

Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 1 ASVG beantragen

Zahlungsart: ❒ Erlagschein oder ❒ Einzugsermächtigung	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	**Unterschrift** der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes beantragen

Haben Sie einen Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes gestellt (gemäß § 18a ASVG)?	❒ ja	❒ nein
Beziehen Sie erhöhte Familienbeihilfe für das behinderte Kind (gemäß § 8 Abs. 4 FLAG)?	❒ ja	❒ nein
Wird Ihre Arbeitskraft zur Gänze wegen der Pflege des behinderten Kindes beansprucht?	❒ ja	❒ nein
Leben Sie mit dem behinderten Kind im gemeinsamen Haushalt?	❒ ja	❒ nein
Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?		

Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.

Ort und Datum	**Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers**

2

Antrag

❒ auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung (gemäß § 16 Abs. 1 ASVG)

❒ auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes (gemäß § 16 Abs. 2a ASVG)

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Durchschrift für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller

	Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➢	Versicherungsnummer		
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname/n	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)	❒ weiblich ❒ männlich	Staatsangehörigkeit		
Tel. Nr.	E-Mailadresse			

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____ ***In welchem Staat?*** _____

Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland: ❒ ja ❒ nein

Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____

Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____

ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)

Bezug von Krankengeld, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld ❒ ja ❒ nein

Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung ❒ ja ❒ nein

Präsenzdienst bzw. Zivildienst ❒ ja ❒ nein

Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei:

Name: Versicherungsnummer:

Beendigung der Mitversicherung wegen

❒ Ehe geschieden/eingetragene Partnerschaft aufgelöst ❒ Sonstige Gründe:

seit: _____ _____

(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen) *(Nachweise bitte in Kopie beilegen)*

Haben Sie in den letzten 24 Monaten eine Schul-/Berufsausbildung beendet und sind Sie seither erwerbslos? ❒ ja ❒ nein

Sind Sie infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig? ❒ ja ❒ nein

Beziehen Sie aus Österreich oder einem anderen Staat eine Pension oder eine Rente? ❒ ja ❒ nein

Wenn ja, aus welchem Staat? _____

Haben Sie sich aufgrund dieses Bezuges von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen? ❒ ja ❒ nein

Besteht für Sie derzeit in einem anderen Staat Versicherungspflicht oder eine Pflichtversicherung (zB aufgrund eines Rentenbezugs, einer Erwerbstätigkeit)? ❒ ja ❒ nein

Wenn ja, in welchem Staat? _____

Wenn nein, sind Sie aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden? ❒ kraft Gesetz, ❒ auf Antrag oder ❒ aufgrund eines Optionsrechts

Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 1 ASVG beantragen

Zahlungsart: ❒ Erlagschein oder ❒ Einzugsermächtigung

IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	**Unterschrift** der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes beantragen

Haben Sie einen Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes gestellt (gemäß § 18a ASVG)? ❒ ja ❒ nein

Beziehen Sie erhöhte Familienbeihilfe für das behinderte Kind (gemäß § 8 Abs. 4 FLAG)? ❒ ja ❒ nein

Wird Ihre Arbeitskraft zur Gänze wegen der Pflege des behinderten Kindes beansprucht? ❒ ja ❒ nein

Leben Sie mit dem behinderten Kind im gemeinsamen Haushalt? ❒ ja ❒ nein

Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?

Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.

Ort und Datum	**Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers**

Information zur Selbstversicherung

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung **(§ 16 Abs. 1 ASVG)** kann von Personen in Anspruch genommen werden, die ihren Wohnsitz im Inland haben und in keiner gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich (zB ASVG, GSVG, BSVG) oder einer gesetzlichen Krankenversicherung in einem anderen EU-Staat pflichtversichert sind beziehungsweise einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes **(§ 16 Abs. 2a ASVG)** kann von Personen in Anspruch genommen werden, die sich der Pflege eines im gemeinsamen Haushalt lebenden behinderten Kindes widmen, nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert oder anspruchsberechtigt als Angehöriger sind, sozial schutzbedürftig sind und die Voraussetzungen des § 18a Abs. 1 und 3 ASVG erfüllen.

Die Selbstversicherung beginnt:

- Bei Personen, die in der Krankenversicherung pflichtversichert oder anspruchsberechtigt waren, im Anschluss an diese Versicherung (Anspruchsberechtigung), wenn der Antrag auf Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der vorangegangenen Versicherung (Anspruchsberechtigung) gestellt wird,
- bei allen anderen Personen (bzw. wenn der Antrag nicht innerhalb der Frist von sechs Wochen gestellt wird) mit dem Tag nach der Antragstellung.

Personen, die zuletzt nach dem

- Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (§§ 2, 14a, 14b GSVG) oder
- Bauern Sozialversicherungsgesetz (§ 2 BSVG) oder
- bei einer wahlweise zur Pflichtversicherung geschaffenen Vorsorgeeinrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung

krankenversichert waren, können erst 60 Kalendermonate nach dem Ausscheiden aus dieser Versicherung eine Selbstversicherung bei der Gebietskrankenkasse beantragen.

Die Selbstversicherung endet:

- einen Tag vor dem Beginn der Pflichtversicherung,
- mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland (Vorlage einer Kopie des Meldezettels erforderlich),
- mit dem Ende des Kalendermonats, in dem die/der Versicherte ihren/seinen Austritt erklärt,
- mit dem Ende des zweiten Kalendermonats, für den ein Beitragsrückstand besteht, wenn die Beiträge für zwei Kalendermonate nicht entrichtet sind.

In den beiden letztgenannten Fällen endet die Selbstversicherung frühestens mit dem Ablauf von sechs aufeinanderfolgenden Kalendermonaten nach dem Beginn der Versicherung, wobei ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung erst nach Ablauf von weiteren sechs Monaten gestellt werden kann. Dies gilt nicht, wenn der Austritt auf Grund des Beginns einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer Angehörigeneigenschaft nach dem ASVG oder einem anderen Bundesgesetz erklärt wird.

Die Beitragsgrundlage für Selbstversicherte gemäß § 16 Abs. 1 ASVG kann – soweit es nach den wirtschaftlichen Verhältnissen begründet erscheint – herabgesetzt werden. Hierfür ist ein gesonderter „Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage zur Selbstversicherung“ gemäß § 76 Abs. 2 ASVG zu stellen. Entsprechende Nachweise sind diesem Antrag beizulegen.

Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen:
Ein Anspruch auf Leistungen besteht grundsätzlich erst nach sechs Monaten.
Ausnahme: Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor Versicherungsbeginn mindestens 26 Wochen, oder unmittelbar vor der Selbstversicherung wenigstens durchgehend sechs Wochen einer gesetzlichen Krankenversicherung (Anspruchsberechtigung) nachweisen können, haben bereits ab Beginn der Versicherung einen Leistungsanspruch.

Leistungsumfang:
Die selbstversicherte Person hat Anspruch auf Sachleistungen (zB ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Anstaltspflege). Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld) sind gesetzlich nicht vorgesehen.

Meldepflicht:
Bewusst falsche Angaben können einen rückwirkenden Ausschluss aus der Versicherung zur Folge haben. Für die Versicherung bedeutsame Änderungen sind binnen einer Woche dem Krankenversicherungsträger zu melden.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen Ihr Krankenversicherungsträger.

Unsere Bankverbindung: IBAN AT 86 6000 0000 9002 8377
BIC OPSKATWW