



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

Bitte für jeden Angehörigen ein eigenes Antragsformular ausfüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mitgliedsnummer:

<b>Versicherte/r</b>	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: \_\_\_\_\_

<b>Angehörige/r</b>	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"/> Kind / Wahlkind	
3. <input type="checkbox"/> Stiefkind	
4. <input type="checkbox"/> Enkel	
5. <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 <b>das 18. Lebensjahr bereits vollendet</b> hat	
6. <input type="checkbox"/> Das Kind befindet sich in <b>Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung - seit</b> .....	
7. <input type="checkbox"/> Das Kind ist seit dem Ende der Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung <b>erwerbslos</b> und hat keinen Anspruch auf eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung - <b>seit</b> .....	
8. <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) <b>erwerbsunfähig - seit</b> .....	
9. <input type="checkbox"/> Verwandte haushaltsführende Person	
Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten: _____	
10. <input type="checkbox"/> Nicht verwandte haushaltsführende Person (Lebensgefährtin / Lebensgefährte)	
11. <input type="checkbox"/> Pflegende Lebensgefährtin / Pflegender Lebensgefährte	
12. <input type="checkbox"/> Pflegende Angehörige / Pflegender Angehöriger	

- Bitte umblättern! -

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

Wenn ja, bitte Krankenkasse (Krankenfürsorgeeinrichtung) angeben:

.....

**Bitte ergänzen, wenn die Mitversicherung als verwandte haushaltsführende Person (9), als nicht verwandte haushaltsführende Person (10) oder als pflegende Lebensgefährtin/pflegender Lebensgefährte (11) beantragt wird**

Ich erkläre, dass die mitzuversichernde Person mit mir

- in ununterbrochener Hausgemeinschaft seit mindestens 10 Monaten lebt, ja  nein
- mir seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt ja  nein
- und kein im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragener Partner/eingetragene Partnerin vorhanden ist. ja  nein

**Bitte ergänzen, wenn die Mitversicherung als Ehegatte/Ehegattin bzw. eingetragener Partner/ eingetragene Partnerin (1), als verwandte haushaltsführende Person (9), als nicht verwandte haushaltsführende Person (10), als pflegende Lebensgefährtin/pflegender Lebensgefährte (11) oder als pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger (12) beantragt wird**

Ist die unter Punkt 1, 9, 10, 11 oder 12 angeführte Person Mitglied einer Kammer bzw. bezieht sie eine Pension nach den nachstehenden Bundesgesetzen?

JA  NEIN

Ärztammer	<input type="checkbox"/>	Ingenieurkammer	<input type="checkbox"/>
Rechtsanwaltskammer	<input type="checkbox"/>	Österr. Patentsanwaltskammer	<input type="checkbox"/>
Österr. Apothekerkammer	<input type="checkbox"/>	Kammer der Wirtschaftstreuhänder	<input type="checkbox"/>
Tierärztkammer	<input type="checkbox"/>	Dentistenkammer	<input type="checkbox"/>
Versicherungspflicht nach dem Notariatsversicherungsgesetz (NVG)	<input type="checkbox"/>		
Pensionsbezug für freiberuflich selbständige erwerbstätige (FSVG)	<input type="checkbox"/>		
Pensionsbezug für selbständig Erwerbstätige (GSVG)	<input type="checkbox"/>		
Pensionsbezug für Notare (NVG)	<input type="checkbox"/>		

Führt die in Punkt 1, 9, 10, 11 oder 12 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 Versicherter

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