



FRAGEBOGEN zur beitragspflichtigen Mitversicherung gem. § 51d ASVG bzw. § 20b B-KUVG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen bzw. Daten ergänzen oder ändern!

Mitgliedsnummer:

Versicherte/r

Familienname (auch alle früher geführten Namen):		Versicherungsnummer
Vorname/n:	e-mail:	
Anschrift:		Tel.:
1. Befindet/befinden sich derzeit ein Kind/mehrere Kinder im gemeinsamen Haushalt?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit Ihrem Kind/Ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt? Wenn ja, Kopie der Geburtsurkunde beilegen!		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? Werden Sie von der/dem unten angeführten Angehörigen in häuslicher Umgebung gepflegt? erwerbsmäßig <input type="checkbox"/> nicht erwerbsmäßig <input type="checkbox"/> Ist für Ihre Pflege eine erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft Ihrer/Ihres Angehörigen erforderlich? (Pflegeaufwand der pflegenden Person mindestens 120 Stunden monatlich - Pflegestufe 3 -, somit wöchentlich etwa 30 Stunden) Kopie des Pflegegeldbescheides beilegen!		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Übersteigt Ihr Nettoeinkommen (Gehalt, Pensionsbezug, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung) und ein allfälliges Einkommen Ihres/Ihrer mitversicherten Angehörigen monatlich den Betrag von EUR 1.398,97 (Wert 2019)? Bei Unterschreiten des angeführten Wertes ist eine Kopie des aktuellen Einkommensnachweises beizulegen.		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Die nachstehenden Fragen richten sich an die/den mitversicherten Angehörige/n, können jedoch auch von der/dem Versicherten beantwortet werden:

Die/der Angehörige ist	Ehegattin/Ehegatte <input type="checkbox"/> ,	Eingetragene Partnerin/Eingetragener Partner <input type="checkbox"/> ,
	Lebensgefährtin/Lebensgefährte <input type="checkbox"/> ,	Haushaltsführende/r Angehörige/r <input type="checkbox"/>
Familienname (auch alle früher geführten Namen):		Versicherungsnummer
Vorname/n:		
Anschrift:		
1. Befindet/befinden sich derzeit ein Kind/mehrere Kinder im gemeinsamen Haushalt?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit Ihrem Kind/Ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt? Darunter fallen auch Kindererziehungszeiten aus einer vorherigen Beziehung oder als alleinerziehender Elternteil! Wenn ja, Kopie der Geburtsurkunde beilegen!		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? Kopie des Pflegegeldbescheides beilegen!		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie ein eigenes Einkommen (Gehalt, Pension, Rente, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung)? Wenn ja, Angabe der Höhe des monatlichen Einkommens		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> EUR

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend der Versicherungsanstalt mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

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

