

**Antrag auf Herabsetzung
der Beitragsgrundlage für
Selbstversicherte in der Krankenversicherung
(gemäß § 16 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
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	
Tel. Nr.		E-Mailadresse		
Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden/aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet/hinterbliebene eingetragene Partnerin/hinterbliebener eingetragener Partner				
Kassenvermerke				
Auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beantrage ich, die Beitragsgrundlage zu meiner Selbstversicherung so weit herabzusetzen, dass sie meinen wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt:				
Meinen Lebensunterhalt bestreite ich von: _____				
Bruttoeinkünfte aus		Monatlich im Durchschnitt		
Bedarfsorientierter Mindestsicherung oder Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit:	EUR _____		
Pension(en) und/oder Rente(n) (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, auszahlende Stelle(n):	EUR _____		
Unselbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit:	EUR _____		
Selbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem GSVG/FSVG wurde bereits abgelehnt	EUR _____		
Beschäftigung in der Land- und/oder Forstwirtschaft (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____		
Eigener Land- und /oder Forstwirtschaft (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem BSVG wurde bereits abgelehnt	EUR _____		
Sonstiger Beschäftigung (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit:	EUR _____		
Vermietung und Verpachtung (In- und Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____		
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Ersparnisse oder andere Erlöse)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____		
Sonstigen Einkünften (zB: Leibrenten, Einkünfte aus Veräußerungsgeschäften,)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____		

Für UnterhaltsempfängerInnen:		Monatlich im Durchschnitt
Zuwendungen von Verwandten und/oder anderen Personen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin/dem geschiedenen Ehegatten/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Unterhaltsanspruch gegenüber Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Nettoeinkünfte (monatlich im Durchschnitt):		
a) der Ehegattin/des Ehegatten, der eingetragenen Partnerin, des eingetragenen Partners Einkommen EUR _____		
b) des geschiedenen Ehegatten/der geschiedenen Ehegattin/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners Einkommen EUR _____		
c) Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern, Kinder, Lebensgefährten/in, sonstigen Personen Einkommen EUR _____		
Besteht ein eigener Haushalt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie gegenüber einem Wohlfahrtsfonds auf Grund einer satzungsmäßigen oder vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge zur Selbstversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Für Angehörige eines gesetzlich anerkannten Ordens:	
Besteht gegenüber dem Orden Anspruch auf Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Höhe in EUR:	

Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus:	
Einzugsermächtigung:	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER	
<p>Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise in Kopie belegen (zB Unterstützungserklärung, Einkommensteuerbescheid, Lohn-/Gehaltszettel oder letzten Pensions-/Rentenauszahlungsbeleg; Nachweis vom Erspartem; bei GrenzgängerInnen: mindestens die letzten drei Lohnzettel oder das Lohnblatt).</p> <p>Sollten die Nachweise nicht binnen einer Frist von 14 Tagen erbracht werden, kann dem Herabsetzungsantrag erst mit dem Monatsersten stattgegeben werden der auf die Beibringung der Nachweise folgt. Bis zur Beibringung der Nachweise werden die Beiträge von der Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben.</p> <p>Sofern alle erforderlichen Unterlagen vorliegen und Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage rechtfertigen, wird diese gewährt.</p>	
Ort und Datum	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers