1

Antrag 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?*** _____

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
seit: _____
(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)
❒ Sonstige Gründe:
_____
(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 ❒ kraft Gesetz, ❒ auf Antrag oder ❒ aufgrund eines Optionsrechts
aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden?

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 überwiegend 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**

***) Bei Drittstaatsangehörigen (kein EU-, EWR- oder Schweizer Bürger) ist die Vorlage des Aufenthaltstitels notwendig**

1

Antrag 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?*** _____

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
seit: _____
(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)

❒ Sonstige Gründe:
_____
(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 ❒ kraft Gesetz, ❒ auf Antrag oder ❒ aufgrund eines Optionsrechts
aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden?

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 überwiegend 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**

***) Bei Drittstaatsangehörigen (kein EU-, EWR- oder Schweizer Bürger) ist die Vorlage des Aufenthaltstitels notwendig**

Information zur Selbstversicherung

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 Beiträge für die Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 2a ASVG werden zur Gänze aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen getragen. Es sind daher von den selbstversicherten Personen keine Beiträge zu leisten (§ 77 Abs. 8 ASVG)

Achtung: Bei einer Selbstversicherung in der Krankenversicherung kann ein Antrag auf Mitversicherung nur für die Ehegattin/den Ehegatten, die eingetragene Partnerin/den eingetragenen Partner und für Kinder gestellt werden.

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.

Die Selbstversicherung endet:

- mit dem Wegfall der Voraussetzungen
- 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,

Im letztgenannten Fall 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.

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.

Nutzen Sie auch unseren **Online-Konto-Service**! Mit WEBEKU können Sie den Kontostand Ihrer Selbstversicherung immer tagesaktuell abrufen. Sie können sich online registrieren.