



## Antrag auf Feststellung der Angehörigeneigenschaft gem. § 123 ASVG

<b>Versicherte(r)</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		Vorname	Lfd. Nr. Tag, Monat, Jahr
Anschrift		Telefonnummer	
<b>Angehörige(r)</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		Vorname	Lfd. Nr. Tag, Monat, Jahr
Anschrift			
<b>Ich beantrage die Einbeziehung meiner/meines Angehörigen als:</b>			
1.	eheliches/legitimiertes/Wahlkind <input type="checkbox"/> uneheliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/>	Pflegekind mit unentgeltlicher Verpflegung <input type="checkbox"/> Pflegekind mit behördlicher Bewilligung <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Verwandtschaftsverhältnis (Pflege und Erziehung durch die/den Versicherte/n) <input type="checkbox"/>	
2.	Ehegattin/Ehegatte <input type="checkbox"/> Eingetragene(r) Partnerin/Partner <input type="checkbox"/>	pflegende(r) Angehörige(r) <input type="checkbox"/>	
3.	Lebensgefährtin/Lebensgefährte <input type="checkbox"/>	Haushaltsführende Person <input type="checkbox"/>	
Ich erkläre, dass wir seit _____ in ununterbrochener Hausgemeinschaft leben, dass die (der) Obengenannte unentgeltlich den Haushalt führt und dass ein(e) im gemeinsamen Haushalt lebende(r) arbeitsfähige(r) Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene(r) Partnerin/Partner nicht vorhanden ist.			
Ist die unter Punkt 2 oder 3 angeführte Person Mitglied einer Kammer bzw. bezieht sie eine Pension nach den nachstehenden Bundesgesetzen oder aus dem Ausland? <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> <input type="checkbox"/>			
Ärztekammer <input type="checkbox"/> Rechtsanwaltskammer <input type="checkbox"/> Österr. Apothekerkammer <input type="checkbox"/> Tierärztekammer <input type="checkbox"/> Ingenieurkammer <input type="checkbox"/> Österr. Patentsanwaltskammer <input type="checkbox"/> Kammer der Wirtschaftstreuhänder <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"/> Pensionsbezug/Ruhegenuss aus dem Ausland oder von einer internationalen Organisation <input type="checkbox"/>	
Führt die in Punkt 2 oder 3 eingetragene Person einen landwirtschaftlichen Betrieb auf eigene Rechnung oder übt sie im Ausland bzw. bei einer internationalen Organisation eine Erwerbstätigkeit aus, die im Inland eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründen würde? <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Erklärung</b>			
Ist die/der Angehörige nicht österreichische(r) Staatsbürger(in), bestätige ich rechtsverbindlich, dass mein(e) Angehörige(r) beabsichtigt, Österreich zum Mittelpunkt ihrer (seiner) Lebensinteressen und ihrer (seiner) wirtschaftlichen Existenz zu machen.			
<b>Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.</b>			
<b>Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Kasse einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.</b>			
<b>Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Änderungen meiner Angaben (z.B. Wohnsitzwechsel) unverzüglich der Kasse bekannt zu geben.</b>			
_____ Datum		_____ Unterschrift der (des) Versicherten	

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