



Prüfung der Anspruchsberechtigung für Angehörige nach § 123 ASVG

Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherte(r) (Zuname, Vorname)	Staatsangehörigkeit	Versicherungsnummer
		Lfd. Nr. Tag, Monat, Jahr
Anschrift:		
Eheliches Kind, uneheliches Kind, Stiefkind, Wahlkind und legitimiertes Kind (Zuname, Vorname)	Staatsangehörigkeit	Versicherungsnummer
		Lfd. Nr. Tag, Monat, Jahr
<input type="checkbox"/> Fortsetzung der Schul- oder Berufsausbildung (Studium)		
<p>Mein(e) Angehörige(r) setzt im Schuljahr (Semester) 20..... den (das) bereits nachgewiesene(n) Schulbesuch (Studium) fort. Er (Sie) wird im bezeichneten Schuljahr (Winter- bzw. Sommersemester/.....) die besuchen.</p> <p>Sollten Umstände eintreten, die den Schulbesuch (das Studium) der/des Angehörigen verhindern, wodurch eine Fortsetzung zum genannten Termin nicht mehr erfolgen kann, werde ich sämtliche Kosten, die von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse für die/den Angehörige(n) auf Grund dieser Erklärung gewährt wurden, an die Kasse rückerstatten.</p> <p>Wird von der/vom Angehörigen während der Schul-(Semester-)ferien eine versicherungspflichtige Beschäftigung im In- oder Ausland aufgenommen, verpflichte ich mich, für diesen Zeitraum keine Leistungen für die/den Angehörige(n) aus meiner Versicherung zu beanspruchen.</p> <p>Die Fortsetzung des Schulbesuches (Studiums) werde ich unmittelbar nach Beginn des neuen Schul-(Studien-)jahres durch Vorlage einer entsprechenden Bestätigung (Schulbesuchsnachweis, Zulassungs- oder Fortsetzungsbestätigung) unaufgefordert nachweisen. Bei Beendigung der Schulausbildung (Matura) ist eine Kopie des Maturazeugnisses beizuschließen.</p> <p>Für unrichtige Angaben oder das Verschweigen maßgeblicher Tatsachen bin ich voll haftbar.</p>		
<input type="checkbox"/> Nach Beendigung einer Schul- oder Berufsausbildung bzw. eines Präsenzdienstes oder seit dem vollendeten 18. Lebensjahr bei Erwerbslosigkeit		
<p>Der Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung für Ihre(n) Angehörige(n) hat am geendet. Um einen weiteren Anspruch auf Leistungen im Sinne der Bestimmungen des § 123 Abs. 4, Z. 2b ASVG prüfen zu können, ersuchen wir Sie höflich, die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.</p> <p>1. Wovon bestreitet Ihr(e) Angehörige(r) seit dem Anspruchsende den Lebensunterhalt?</p> <p>2. Ist Ihr(e) Angehörige(r) seit dem Anspruchsende beschäftigt? <input type="checkbox"/></p> <p>Seit wann? Bei wem?</p> <p>3. Ist Ihr(e) Angehörige(r) selbständig erwerbstätig? <input type="checkbox"/></p>		

.....
Datum

.....
Unterschrift der / des Versicherten