



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

FRAGEBOGEN zur beitragspflichtigen Mitversicherung (§ 51d ASVG)

Bitte ankreuzen bzw. Daten ergänzen oder ändern, auch wenn Ihr/e Angehörige/r nicht mitversichert ist! Sie ermöglichen uns dadurch eine rasche Feststellung einer Beitragsbefreiung im Falle einer eigenen Versicherung Ihres/r Angehörigen.

Versicherte(r)	
Familienname(n):	Versicherungsnummer:
Vorname(n):	Telefon: Mobiltelefon:
Anschrift:	
1. Befindet sich derzeit ein Kind (mehrere Kinder) im gemeinsamen Haushalt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest 4 Jahre hindurch mit Ihrem Kind (Ihren Kindern) im gemeinsamen Haushalt gelebt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? Wenn ja, werden Sie von der/dem Angehörigen gepflegt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Übersteigt Ihr Nettoeinkommen ohne Sonderzahlungen (Gehalt, Pensionsbezug, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung) monatlich den Betrag von EURO 1.175,45?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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

Der/Die Angehörige ist selbst- bzw. pflichtversichert <input type="checkbox"/> mitversichert <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragene(r) PartnerIn <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/Lebensgefährte <input type="checkbox"/> haushaltsführende(r) Angehörige(r) <input type="checkbox"/>	
Familienname(n):	Versicherungsnummer:
Vorname(n):	
Anschrift:	
5. Befindet sich derzeit ein Kind (mehrere Kinder) im gemeinsamen Haushalt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest 4 Jahre hindurch mit Ihrem Kind (Ihren Kindern) im gemeinsamen Haushalt gelebt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
7. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8. Haben Sie ein eigenes Einkommen (Gehalt, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung)? Wenn ja, Angabe der Höhe des monatlichen Einkommens	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> € _____

WICHTIG: Bitte legen Sie in Kopie die Lohn- bzw. Gehaltsbestätigungen der letzten drei Monate bei, wenn

- der/die Angehörige keinen eigenen Versicherungsschutz hat,
- der/die Versicherte der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung unterliegt und
- die Fragen 4-7 mit Nein beantwortet werden

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

Ort

Datum

Unterschrift des/der Versicherten