

Form filling assistance

“Assessment of entitlement for family members”

If you have a PC, you can also fill out the form electronically and once you have printed it out, you can either submit it in person with the necessary evidence or send it by email or by post.

Please observe the following explanations on how to ensure a quick processing by STGKK and to avoid any queries. Missing information will result in a longer processing time.

- Please fill out a separate form for each family member.
- Fill out the form completely or mark with a cross where applicable and attach the appropriate verifications. The assessment of entitlement for family members can only be made after all the required documents have been received. In this context, you should pay particular attention to the *additional requirements* mentioned in the attached information sheet and the *listed, required verifications* (depending on the relationship with the family member).
- Please write in BLOCK CAPITALS and in a legible manner.

For more information on co-insurance, please visit the homepage of Styrian Regional Public Health Insurance www.stgkk.at under the heading Insurance & Contributions / Co-insured family members or at your local customer service center.

The basic prerequisite for a co-insurance on the basis of a relative status is that the family member to be co-insured is **neither medically insured** according to the General Law on Social Insurance **nor** according to another statutory regulation, is not a member of a welfare facility and has his/her **habitual residence** domestically!

To item 1 of the form:

The data of the applicant must be entered here. This is the person who is currently medically insured and with whom the family member shall become co-insured (see item 2).

1. Angaben zur / zum Versicherten		
Versicherte/r Familien-/Nachname und Vorname/n	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Versicherungsnummer
Anschrift (PLZ, Ort, Straße Nr.)		
Familien-/Personenstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ <u>verpartnert</u> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/Partnerschaft aufgelöst		Staatsangehörigkeit
Telefonnummer	E-Mail	

To item 2 of the form:

The data of the family member, who shall be co-insured, must be entered here.

2. Angaben zur / zum Angehörigen		
Angehörige/r Familien-/Nachname und Vorname/n	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Versicherungsnummer
Anschrift (PLZ, Ort, Straße Nr.)		
Familien-/Personenstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/ <u>verpartnert</u> <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/Partnerschaft aufgelöst		Staatsangehörigkeit

Definitions:

The insurance number is the 10-digit insurance number (= social security number) issued by the Austrian social insurance agency. It can be found on the front of your e-card.

The address (= place of residence) is the place where you registered your place of residence. The address is composed of postal code, place, street name, street number and, if applicable, floor and door number.

Single means that you are not married.

Partnered (= living in a registered partnership) stands for the registered partnership of same-sex couples.

Nationality (= citizenship): "Nationality" means the legal relationship of a person with a specific country. Please specify your country.

To item 3 of the form:

The relationship between the applicant (Item 1) and the family member (Item 2) must be filled in. Please make a clear assignment. Please select 3a, 3b or 3c (only 1 selection is possible)

3. Beziehung zur / zum Versicherten	
3a. <input type="checkbox"/> Kind / <u>Wahlkind</u> <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind mit behördlicher Bewilligung <input type="checkbox"/> Pflegekind mit unentgeltlicher Verpflegung <input type="checkbox"/> Pflegekind mit Verwandtschaftsverhältnis
Bitte Zutreffendes ankreuzen, wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat:	
<input type="checkbox"/> Das Kind befindet sich in Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung .	
<input type="checkbox"/> Das Kind ist seit dem Ende der Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung erwerbslos .	
<input type="checkbox"/> Das Kind ist seit der Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. seit dem Ende der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung wegen Krankheit (Gebrechen) erwerbsunfähig .	
<input type="checkbox"/> Das Kind nimmt an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teil.	
3b. <input type="checkbox"/> Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene Partnerin/eingetragener Partner	<input type="checkbox"/> pflegende Angehörige/pflegender Angehöriger unter ganz überwiegender Beanspruchung der Arbeitskraft, nicht erwerbsmäßig
3c. <input type="checkbox"/> nicht verwandte haushaltsführende Person (z.B.: Lebensgefährtin/Lebensgefährte)	<input type="checkbox"/> verwandte haushaltsführende Person
Es besteht eine ununterbrochene Hausgemeinschaft und unentgeltliche Haushaltsführung seit _____ und ein/e im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte bzw. eingetragene Partnerin/ eingetragener Partner ist nicht vorhanden.	

Definitions:

A child is entitled to be co-insured with both parents until they have reached the age of 18.

An adoptee (= adopted child) is an adopted child.

A stepchild is the physical child of a spouse who is married to another partner (not the physical 2nd parent of the child). For this child, there is a stepchild-relationship to the non-physical parent. One parent brings a child from a previous relationship into the new family.

A grandchild is the child of your daughter or your son and you are the grandparents of this child.

A foster child (= nurse child) is a child who is cared by parents (foster parents) who are not the biological parents, however, fulfil all parental tasks. A foster child thus lives temporarily (crisis management) or permanently not with the real parents, but with a different family (= foster family). The nursing relationship may be based on a government permit, free meals or a family relationship.

Relationship is called the family relationship. There is a direct-line relationship between ancestors and descendants. These include, for example, grandparents, parents, children, grandchildren and great-grandchildren. Relatives in the collateral line include, for example, brother and sister, aunt and uncle, niece and nephew. Thus, siblings are related to all their descendants. There is no relationship between spouses or same-sex partners.

A person is considered as unemployed if he/she is not employed, which means that this person is not in employment or is not in a permanent employment relationship and therefore, he/she is also not entitled to unemployment benefits.

A person is considered as disabled if he/she is not able to pursue any gainful employment due to his/her state of health.

To item 3b.:

A nursing relative is a person who cares and looks after a person in need of care with whom he is related directly or by marriage or intermarried in a predominantly domestic environment. Unpaid means that the caregiver does not receive any financial compensation for taking care of the family member in need. The work is performed on a voluntary basis. Therefore, the caregiver is not considered as an employee.

To item 3c.:

Please specify since when you share a continuous household with your family member, i.e. since when you are living with your family member under the same address without interruption.

To item 4 of the form:

This information relates to the family member who shall be co-insured. Please make a clear assignment and fully complete the applicable item. Only one selection is permitted. If none of the points applies to you, the checkbox "*None of the points applies*" must be ticked. In terms of information on foreign countries, please also specify the country / state as well as the amount of the monthly income.

¶. Weitere Angaben zur / zum Angehörigen (Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung oder Versicherungspflicht im Ausland Staat <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mitglied in einer der folgenden Kammern: Ärzte-, Tierärzte-, Rechtsanwalts-, Architekten und Ingenieurkonsulenten-, Österreichische Patentanwalts-, Apothekerkammer, Kammer der Wirtschaftstreuhänder oder Versicherungspflichtige/r nach dem Notarversicherungsgesetz
<input type="checkbox"/> Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Ausland Staat <input type="text"/> Monatliches Einkommen in € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bezug einer Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung
<input type="checkbox"/> Beschäftigung bei folgender internationaler Organisation: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pensionsbezug für freiberuflich selbständige Erwerbstätige (FSVG), für selbständig Erwerbstätige (GSVG) oder für Notare (NVG)
<input type="checkbox"/> Rentenbezug/Ruhegenuss aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Betriebsführung auf eigene Rechnung
<input type="checkbox"/> Rentenbezug/Ruhegenuss von einer internationalen Organisation	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung in Österreich
<input type="checkbox"/> Ständiger Aufenthalt im Ausland Staat <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Keiner der Punkte trifft zu	

To item 5 of the form:

This information relates to the family member.

Please make a clear assignment. Only one selection is permitted. It is absolutely necessary to fill in both lines.

§. Angaben zur Prüfung nach Zuzug (Einreise) aus dem Ausland
Grund der Einreise: <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Verwandtenbesuch <input type="checkbox"/> Arztbesuch <input type="checkbox"/> ständiger Aufenthalt in Österreich
Geplante Aufenthaltsdauer in Österreich: <input type="checkbox"/> bis zu drei Monate <input type="checkbox"/> anderer Zeitraum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> auf Dauer

Definitions:

Under item Reason for entry please specify the reason why your family member is residing in Austria.

A permanent residence in Austria exists if your family member intends to/may stay permanently in Austria (residence permit, registration certificate ...). No permanent residence exists if someone returns to his home country after a certain amount of time (e.g. two weeks of annual leave, after a hospital stay, visiting relatives ...).

To item 6 of the form “Explanation”:

Please read the declaration carefully. Subsequently, please sign this declaration with your name.

Please also add the date and place when or where you signed the form.

For example: Graz, 1/1/2018.

Erklärung	
<p>Ich bestätige, dass für die/den oben angeführte/n Angehörige/n Österreich der Mittelpunkt der Lebensinteressen und ihrer/seiner wirtschaftlichen Existenz ist.</p>	
<p>Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.</p>	
<p>Stellt sich nachträglich heraus, dass die Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem Krankenversicherungsträger einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.</p>	
<p>Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.</p>	
<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass gemäß § 51d ASVG für bestimmte Angehörige monatlich ein Krankenversicherungsbeitrag von 3,4% meiner Beitragsgrundlage zu entrichten ist (gegebenenfalls rückwirkend bis zu fünf Jahre).</p>	
<hr style="width: 150px; margin: 0 auto;"/> Ort, Datum	<hr style="width: 250px; margin: 0 auto;"/> Unterschrift der/des Versicherten

**If anything is unclear or you require further information,
please call us on: 0316/8035-3000**

Kind regards
STEIERMÄRKISCHE GEBIETSKRANKENKASSE