

## Ausfüllhilfe für Formular:

### „Prüfung der Anspruchsberechtigung für Angehörige“

Wenn Sie über einen PC verfügen, können Sie das Formular auch elektronisch ausfüllen und anschließend ausgedruckt mit den erforderlichen Nachweisen bei der Kundenservicestelle Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger persönlich, per Mail oder per Post übermitteln.

Beachten Sie bitte folgende Ausfüllhinweise, um eine rasche Bearbeitung durch Ihre Kasse zu gewährleisten und Rückfragen zu vermeiden. Bei fehlenden Angaben verlängert sich die Bearbeitungszeit.

- Bitte füllen Sie für jeden Angehörigen ein eigenes Formular aus.
- Füllen Sie das Formular vollständig aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an und legen Sie die erforderlichen Nachweise bei. Die Überprüfung der Anspruchsberechtigung für Angehörige kann erst dann erfolgen, wenn alle notwendigen Unterlagen eingelangt sind. Beachten Sie dabei insbesondere die im beigelegten Informationsblatt genannten *weiteren Voraussetzungen* und die *aufgelisteten, erforderlichen Nachweise* (abhängig von der Beziehung zum Angehörigen).
- Schreiben Sie in BLOCKSCHRIFT und leserlich.

Weitere Informationen zur Mitversicherung erhalten Sie auf der Homepage der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse [www.ooegkk.at](http://www.ooegkk.at) unter der Rubrik Versicherung & Beiträge / Mitversicherte Angehörige oder in Ihrer zuständigen Kundenservicestelle vor Ort.

Grundvoraussetzung für eine Mitversicherung aufgrund einer Angehörigeneigenschaft ist, dass der mitzuversichernde Angehörige **weder** nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz **noch** nach einer anderen gesetzlichen Vorschrift **krankenversichert** ist, keiner Krankenfürsorgeeinrichtung angehört und grundsätzlich den **gewöhnlichen Aufenthalt** im Inland hat!

### Zu Punkt 1. des Formulars:

Hier sind die Daten des Antragstellers einzutragen. Das ist jene Person, die aktuell krankenversichert ist und bei der der Angehörige (siehe Punkt 2.) mitversichert werden soll.

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

## Zu Punkt 2. des Formulars:

Hier sind die Daten des Angehörigen einzutragen, der mitversichert werden soll.

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

## **Begriffserklärungen:**

Bei der Versicherungsnummer handelt es sich um die vom österreichischen Sozialversicherungsträger vergebene 10-stellige Versicherungsnummer (= Sozialversicherungsnummer). Sie findet sich auf der Vorderseite Ihrer e-card.

Unter Anschrift (= Adresse) ist jener Ort zu verstehen, an dem Sie Ihren Wohnsitz gemeldet haben. Die Anschrift setzt sich aus der Postleitzahl, dem Ort, der Straße, der Hausnummer sowie gegebenenfalls der Stock- und Türnummer zusammen.

Ledig bedeutet, dass Sie nicht verheiratet sind.

Verpartnert (= in einer eingetragenen Partnerschaft lebend) steht für die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare.

Staatsangehörigkeit (= Staatsbürgerschaft): Unter der Staatsangehörigkeit ist das rechtliche Verhältnis eines Menschen zu einem bestimmten Staat zu verstehen. Nennen Sie den Staat, dem sie angehören.

## Zu Punkt 3. des Formulars:

Hier ist die Beziehung zwischen dem Antragsteller (Punkt 1.) und dem Angehörigen (Punkt 2.) einzutragen. Bitte treffen Sie eine eindeutige Zuordnung. Bitte wählen Sie 3a, 3b oder 3c (nur 1 Auswahl möglich)

3. Beziehung zur / zum Versicherten	
<b>3a.</b> <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
<b>Bitte Zutreffendes ankreuzen, wenn das Kind das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat:</b>	
<input type="checkbox"/> Das Kind befindet sich in <b>Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung</b> .	
<input type="checkbox"/> Das Kind ist seit dem Ende der Schul-, Studien- bzw. Berufsausbildung <b>erwerbslos</b> .	
<input type="checkbox"/> Das Kind ist seit der Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. seit dem Ende der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung wegen Krankheit (Gebrechen) <b>erwerbsunfähig</b> .	
<input type="checkbox"/> Das Kind nimmt an einem Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen teil.	
<b>3b.</b> <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
<b>3c.</b> <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.	

**Begriffserklärungen:**

Ein Kind ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei beiden Eltern zur Mitversicherung berechtigt.

Unter einem Wahlkind (= Adoptivkind) ist ein adoptiertes Kind zu verstehen (Adoption = Annahme an Kindes Statt = Wahlkindschaft).

Unter einem Stiefkind versteht man das leibliche Kind eines Ehepartners, der mit einem anderen Partner (nicht dem leiblichen 2. Elternteil des Kindes) die Ehe geschlossen hat. Für dieses Kind besteht zu dem nicht leiblichen Elternteil eine Stiefkindeigenschaft. Ein Elternteil bringt ein Kind aus einer früheren Beziehung in die neue Familie mit.

Als Enkelkind wird das Kind Ihrer Tochter oder Ihres Sohnes bezeichnet, Sie sind Großeltern dieses Kindes.

Ein Pflegekind (= Ziehkind) ist ein Kind, das von Eltern (Pflegeeltern) versorgt wird, die nicht die biologischen Eltern sind, aber alle elterlichen Aufgaben erfüllen. Ein Pflegekind lebt somit vorübergehend (Krisenpflege) oder dauerhaft nicht bei den Herkunftseltern, sondern in einer anderen Familie (= Pflegefamilie). Das Pflegschaftsverhältnis kann auf einer behördlichen Bewilligung, auf einer unentgeltlichen Verpflegung oder auf einem Verwandtschaftsverhältnis beruhen.

Verwandtschaft nennt man das Familienverhältnis. Die Verwandtschaft zwischen Vorfahren und Nachkommen ist in gerader Linie. Dazu zählen beispielsweise Großeltern, Eltern, Kinder, Enkelkinder und Urenkelkinder. Zur Verwandtschaft in der Seitenlinie zählen zum Beispiel Bruder und Schwester, Tante und Onkel, Nichte und Neffe. So sind Geschwister zusammen mit allen ihren Nachkommen verwandt. Zwischen Ehepartnern oder gleichgeschlechtlichen Lebenspartnern besteht keine Verwandtschaft.

Als erwerbslos gilt eine Person, die nicht erwerbstätig ist, das heißt, dass sie keine Beschäftigung ausübt bzw. über kein aufrechtes Arbeitsverhältnis verfügt und auch keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat.

Als erwerbsunfähig gilt jede Person, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen.

**Zu Punkt 3b.:**

Ein pflegender Angehöriger ist eine Person, die einen pflegebedürftigen Menschen, mit dem sie verwandt oder verschwägert ist, unter überwiegender Beanspruchung der Arbeitskraft in häuslicher Umgebung betreut und pflegt. Nicht erwerbsmäßig bedeutet, dass die Pflegeperson für diese Pflege des Angehörigen keine finanzielle Vergütung erhält. Die Tätigkeit wird ehrenamtlich erbracht. Die Pflegeperson ist somit kein Arbeitnehmer.

**Zu Punkt 3c.:**

Bitte geben Sie an, seit wann Sie mit Ihrem Angehörigen eine ununterbrochene Hausgemeinschaft haben, d. h. seit wann Sie mit Ihrem Angehörigen ohne Unterbrechung gemeinsam an derselben Adresse leben.

**Zu Punkt 4. des Formulars:**

Diese Angaben beziehen sich auf den mitzuversichernden Angehörigen. Treffen Sie eine eindeutige Zuordnung und füllen Sie bitte den zutreffenden Punkt vollständig aus. Es ist nur eine Auswahlmöglichkeit zulässig. Trifft keiner der Punkte auf Sie zu, ist jedenfalls das Kästchen „*Keiner der Punkte trifft zu*“ anzukreuzen.

Bei Angaben zum Ausland geben Sie bitte unbedingt auch das Land /den Staat sowie die Höhe des monatlichen Einkommens an.

<p align="center"><b>4. Weitere Angaben zur / zum Angehörigen (Zutreffendes ankreuzen)</b></p>	
<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	

**Zu Punkt 5. des Formulars:**

Diese Angaben beziehen sich auf den Angehörigen.

Bitte treffen Sie eine eindeutige Zuordnung. Es ist nur eine Auswahlmöglichkeit zulässig. Füllen Sie unbedingt beide Zeilen aus.

<p align="center"><b>5. Angaben zur Prüfung nach Zuzug (Einreise) aus dem Ausland</b></p>
<p><b>Grund der Einreise:</b></p> <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Verwandtenbesuch <input type="checkbox"/> Arztbesuch <input type="checkbox"/> ständiger Aufenthalt in Österreich
<p><b>Geplante Aufenthaltsdauer in Österreich:</b></p> <input type="checkbox"/> bis zu drei Monate <input type="checkbox"/> anderer Zeitraum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> auf Dauer

**Begriffserklärungen:**

Beim Punkt Grund der Einreise geben Sie bitte bekannt, aus welchem Grund sich Ihr Angehöriger in Österreich aufhält.

Ein ständiger Aufenthalt in Österreich liegt vor, wenn Ihr Angehöriger auf Dauer in Österreich bleiben will/darf (Aufenthaltstitel, Anmeldebescheinigung ...) oder ob er nach einer bestimmten Zeit wieder in sein Heimatland zurückkehrt (z. B. 2 Wochen Urlaub, nach einem Krankenhausaufenthalt, Besuch von Verwandten ...).

**Zu Punkt 6. des Formulars „Erklärung“:**

Lesen Sie die Erklärung genau durch. Dann unterschreiben Sie diese Erklärung mit Ihrem Namen. Fügen Sie auch Ort und Datum an, wann bzw. wo Sie das Formular unterschrieben haben.

Zum Beispiel: Linz, am 1.1.2017.

<b>Erklärung</b>	
<b>Ich bestätige, dass für die/den oben angeführte/n Angehörige/n Österreich der Mittelpunkt der Lebensinteressen und ihrer/seiner wirtschaftlichen Existenz ist.</b>	
<b>Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.</b>	
<b>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.</b>	
<b>Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.</b>	
<b>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).</b>	
<hr style="width: 150px; margin: 0 auto;"/> Ort, Datum	<hr style="width: 250px; margin: 0 auto;"/> Unterschrift der/des Versicherten