



#### 4. Weitere Angaben zur angehörigen Person (Zutreffendes ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung oder Versicherungsspflicht im Ausland<br>Staat _____                    | <input type="checkbox"/> Mitglied in einer der folgenden Kammern:<br>Ärzte-, Tierärzte-, Rechtsanwalts-, Architekten und Ingenieurkonsulenten-, Österreichische Patentanwalts-, Apothekerkammer, Kammer der Wirtschaftstrehänder oder Versicherungspflichtige/r nach dem Notarversicherungsgesetz |
| <input type="checkbox"/> Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Ausland<br>Staat _____<br>Monatliches Einkommen _____ EUR            | <input type="checkbox"/> Bezug einer Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung   |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigung bei folgender internationaler Organisation:<br>_____                                      | <input type="checkbox"/> Pensionsbezug für freiberuflich selbständige Erwerbstätige (FSVG), für selbständige Erwerbstätige (GSVG) oder für Notare (NVG)   |
| <input type="checkbox"/> Pensions-/Rentenbezug/Ruhegenuss aus dem Ausland oder von einer internationalen Organisation (z.B. UNO) | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung in Österreich  |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittelpunkt im Ausland<br>Staat _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Keiner der Punkte trifft zu   |   |

#### 5. Angaben zur Prüfung nach Zuzug (Einreise) aus dem Ausland

Grund der Einreise:

- Urlaub     Verwandtenbesuch     Arztbesuch     ständiger Aufenthalt in Österreich

Geplante Aufenthaltsdauer in Österreich:

- bis zu drei Monate     anderer Zeitraum: \_\_\_\_\_     auf Dauer

#### 6. Bei Zuzug aus dem Ausland

Letzter Aufenthaltsstaat: \_\_\_\_\_

Letzter zuständiger Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer bei diesem Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

#### **Erklärung**

- Ich bestätige, dass Österreich für die oben genannte Angehörige bzw. für den oben genannten Angehörigen der Mittelpunkt der Lebensinteressen und ihrer bzw. seiner wirtschaftlichen Existenz ist.
- Ich erkläre, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich der Österreichischen Gesundheitskasse einen durch unrichtige oder unvollständige Angaben entstandenen Schaden ersetzen muss.
- Ich bin verpflichtet, der Österreichischen Gesundheitskasse alle Änderungen sofort bekannt zu geben.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass gemäß § 51d ASVG für bestimmte Angehörige monatlich ein Krankenversicherungsbeitrag von 3,4 % meiner Beitragsgrundlage zu bezahlen ist (gegebenenfalls rückwirkend bis zu fünf Jahre)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Informationen zur Angehörigeneigenschaft

Die angeführten Angehörigen haben einen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung, wenn sie

- weder nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, noch nach einer anderen gesetzlichen Vorschrift krankenversichert sind,
- bei keiner Krankenfürsorgeeinrichtung versichert sind und
- ihren **gewöhnlichen Aufenthalt im Inland** haben.

Bei **Zuzug aus dem Ausland** benötigen wir den Versicherungszeitennachweis des ausländischen Versicherungsträgers (EU, EWR, Vereinigtes Königreich, Schweiz und bilaterale Vertragsstaaten) und einen Nachweis über den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland (z.B. Aufenthaltstitel, Niederlassungsbewilligung, Anmeldebescheinigung, Kindergarten- oder Schulbesuchsbestätigung).

Angehörige können auch anspruchsberechtigt (mitversichert) sein, wenn sie in einem EU-, EWR-Land, dem Vereinigten Königreich oder der Schweiz leben bzw. sich ständig in einem bilateralen Vertragsstaat aufhalten.

Wenden Sie sich bitte dazu an die Österreichische Gesundheitskasse.

Darüber hinaus gibt es folgende weitere **Voraussetzungen**. Legen Sie bitte die notwendigen Nachweise **in Kopie** bei.

Angehörige	Weitere Voraussetzungen	Notwendige Nachweise
<b>Ehefrau/Ehemann</b> <b>Eingetragene Partnerin/ eingetragener Partner</b>		Heiratsurkunde Urkunde über die eingetragene Partnerschaft
<b>Kind, Wahlkind</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *		Geburtsurkunde, Bestätigung über Adoption bzw. Gerichtsbeschluss, allenfalls Urkunde über die Vaterschaft/Elternschaft (Anerkennung/ gerichtliche Feststellung)
<b>Stiefkind</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *	• <b>Ständige Hausgemeinschaft mit der versicherten Person</b>	Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Urkunde über die eingetragene Partnerschaft
<b>Enkelkind</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *	• <b>Ständige Hausgemeinschaft mit der versicherten Person</b>	Geburtsurkunde des Kindes sowie Geburtsurkunde jenes Elternteiles, der Tochter oder Sohn der versicherten Person ist
<b>Pflegekind mit behördlicher Bewilligung</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *	• <b>Behördlich bewilligtes Pflegschaftsverhältnis</b>	Geburtsurkunde, behördliche Pflegebewilligung
<b>Pflegekind mit unentgeltlicher Verpflegung</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *	• <b>Unentgeltliche Verpflegung (Versorgung)</b>	Geburtsurkunde
<b>Pflegekind mit Verwandtschaftsverhältnis</b> Ab Vollendung des 18. Lebensjahres siehe *	• <b>Ständige Hausgemeinschaft mit der versicherten Person</b> • <b>Verwandt oder verschwägert bis zum dritten Grad</b>	Urkunden über das Verwandtschafts- bzw. Verschwägerungsverhältnis
<b>Verwandte haushaltsführende Person</b> Eltern; Wahl-, Stief- und Pflegeeltern; Kinder; Wahl-, Stief- und Pflegekinder; Enkel; Geschwister	• <b>Hausgemeinschaft seit mindestens zehn Monaten und während dieser Zeit Haushaltsführung ohne Bezahlung</b> • <b>Keine arbeitsfähige Ehefrau oder eingetragene Partnerin bzw. kein arbeitsfähiger Ehemann oder eingetragener Partner mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt</b>	Urkunden über das Verwandtschaftsverhältnis

<p><b>Nicht verwandte haushaltsführende Person</b> Zum Beispiel: Lebensgefährtin oder Lebensgefährte</p>	<p>• <b>Weitere Voraussetzungen siehe „Verwandte haushaltsführende Person“ (oben)</b></p>	
<p><b>Pflegende, angehörige Person</b> Ehefrau/Ehemann; eingetragene Partnerin/ eingetragener Partner; Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind; Wahl-, Stief- und Pflegekinder; Wahl-, Stief- und Pflegeeltern; nicht verwandte haushaltsführende Person (weitere Voraussetzungen siehe oben)</p>	<p>• <b>Die versicherte Person bezieht Pflegegeld der Stufe 3 oder höher</b> • <b>Pflege in häuslicher Umgebung und ohne Bezahlung</b></p>	<p>Urkunden über das Verwandtschafts- bzw. Verschwägerungsverhältnis</p>

**\* Mitversicherung für Kinder und Enkel nach Vollendung des 18. Lebensjahres:**

Verlängerungsgrund	Weitere Voraussetzungen	Notwendige Nachweise
<p><b>Schul-, Studien- oder Berufsausbildung</b> Längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</p>	<p>• <b>Schulbesuch oder Berufsausbildung</b> • <b>Ernsthafte und zielstrebige Absolvierung eines Studiums</b> <b>oder</b> • <b>Bezug von Familienbeihilfe</b></p>	<p>Schulbesuchs- bzw. Studienbestätigung (je Schul- bzw. Studienjahr) Studienerfolgsnachweis (mindestens acht positive Semesterwochenstunden bzw. 16 ECTS-Punkte aus dem vorangegangenen Studienjahr)</p>
<p><b>Programm der Europäischen Union zur Förderung der Mobilität junger Menschen</b> Längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres</p>		<p>Teilnahmebestätigung</p>
<p><b>Erwerbslosigkeit</b> Längstens bis zur Vollendung des 29. Lebensjahres (für maximal 24 Monate)</p>	<p><b>Eintritt der Erwerbslosigkeit</b> unmittelbar nach der Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. unmittelbar nach Schul-, Studien- oder Berufsausbildung. Die Ausbildung muss spätestens mit Vollendung des 27. Lebensjahres beendet worden sein. Die Mitversicherung ist auch mehrfach, nach jeder Ausbildung, möglich.</p>	<p>Bestätigung über das Ende der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung</p>
<p><b>Erwerbsunfähigkeit</b></p>	<p><b>Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Gebrechen</b> seit der Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. seit dem Ende der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung</p>	<p>Aktuelles (fach-)ärztliches Gutachten über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit oder Bezug der erhöhten Familienbeihilfe</p>

**Hinweis:**

**Folgende Personengruppen sind gesetzlich von der Angehörigeneigenschaft ausgeschlossen: Kammermitglieder (Angehörige freier Berufe); Bezieherinnen oder Bezieher einer Versorgungsleistung einer Kammer; bestimmte Pensionsbezieherinnen oder Pensionsbezieher nach dem GSVG; Notarinnen oder Notare; Personen die eine Erwerbstätigkeit im Ausland ausüben oder aufgrund dieser eine Pension beziehen**