

Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung (gemäß § 16 ASVG)



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

| | | Versicherungsnummer | | |
|--|--|--|---------------------|-------|
| Familiename (auch alle früher geführten Namen) | | | | |
| Vorname | | Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde | Tag | Monat |
| Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.) | | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | Staatsangehörigkeit | |
| Tel. Nr. | | E-Mail-Adresse | | |
| Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden/aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet/hinterbliebene eingetragene Partnerin/hinterbliebener eingetragener Partner | | | | |
| Kassenvermerke | | | | |
| Auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beantrage ich, die Beitragsgrundlage zu meiner Selbstversicherung so weit herabzusetzen, dass sie meinen wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt: Meinen Lebensunterhalt bestreite ich von: _____ | | | | |
| Bruttoeinkünfte aus | | Monatlich im Durchschnitt | | |
| Bedarfsorientierter Mindestsicherung oder Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Wenn ja, seit: _____ | | | | |
| Pension(en) und/oder Rente(n) (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Wenn ja, auszahlende Stelle(n): _____ | | | | |
| Unselbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Wenn ja, Art der Tätigkeit: _____ | | | | |
| Selbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Wenn ja, Art der Tätigkeit: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem GSVG/FSVG wurde bereits abgelehnt | | EUR _____ | | |
| Beschäftigung in der Land- und/oder Forstwirtschaft (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Eigener Land- und /oder Forstwirtschaft (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem BSVG wurde bereits abgelehnt | | | | |
| Sonstiger Beschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Wenn ja, Art der Tätigkeit: _____ | | | | |
| Vermietung und Verpachtung (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Ersparnisse oder andere Erlöse) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |
| Sonstigen Einkünften (z.B.: Leibrenten, Einkünfte aus Veräußerungsgeschäften,) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | EUR _____ | | |

| Für UnterhaltsempfängerInnen: | | Monatlich im Durchschnitt |
|---|---|---|
| Zuwendungen von Verwandten und/oder anderen Personen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | EUR _____ |
| Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin/dem geschiedenen Ehegatten/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | EUR _____ |
| Unterhaltsanspruch gegenüber Angehörigen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | EUR _____ |
| Nettoeinkünfte (monatlich im Durchschnitt): | | |
| a) der Ehegattin/des Ehegatten, der eingetragenen Partnerin, des eingetragenen Partners Einkommen EUR _____ | | |
| b) des geschiedenen Ehegatten/der geschiedenen Ehegattin/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners Einkommen EUR _____ | | |
| c) Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern, Kinder, Lebensgefährten/in, sonstigen Personen Einkommen EUR _____ | | |
| Besteht ein eigener Haushalt? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|--|---|
| Haben Sie gegenüber einem Wohlfahrtsfonds auf Grund einer satzungsmäßigen oder vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge zur Selbstversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|

| Für Angehörige eines gesetzlich anerkannten Ordens: | |
|--|---|
| Besteht gegenüber dem Orden Anspruch auf Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, Höhe in EUR _____ | |

| Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus: | |
|---|--|
| Einzugsermächtigung: | |
| IBAN | BIC |
| Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers | Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers |
| | |

| HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER | |
|--|--|
| <p>Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise in Kopie belegen (z.B. Unterstützungserklärung, Einkommensteuerbescheid, Lohn-/Gehaltszettel oder letzten Pensions-/Rentenauszahlungsbeleg; Nachweis vom Erspartem; bei GrenzgängerInnen: mindestens die letzten drei Lohnzettel oder das Lohnblatt).</p> <p>Sollten die Nachweise nicht binnen einer Frist von 14 Tagen erbracht werden, kann dem Herabsetzungsantrag erst mit dem Monatsersten stattgegeben werden der auf die Beibringung der Nachweise folgt. Bis zur Beibringung der Nachweise werden die Beiträge von der Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben.</p> <p>Sofern alle erforderlichen Unterlagen vorliegen und Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage rechtfertigen, wird diese gewährt.</p> | |
| Ort und Datum | Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers |
| | |