

**1 Antrag auf Selbstversicherung  
in der Krankenversicherung  
(gemäß § 16 Abs. 1 ASVG)**

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers



<b>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤</b>		<b>Versicherungsnummer</b>		
Familienname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname:	Geb.-Datum lt Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit*)	
Tel. Nr.:	E-Mail-Adresse:			

**Derzeit ausgeübte Tätigkeit:** \_\_\_\_\_ **In welchem Staat?** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung**

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____		
Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____		
ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)		
Bezug von Krankengeld, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Präsenzdienst bzw. Zivildienst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei:		
Name:	Versicherungsnummer:	
Beendigung der Mitversicherung wegen		
<input type="checkbox"/> Ehe geschieden/eingetragene Partnerschaft aufgelöst	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:	
seit: _____	_____	
(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)	(Nachweise bitte in Kopie beilegen)	
Haben Sie in den letzten 24 Monaten eine Schul-/Berufsausbildung beendet und sind Sie seither erwerbslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie aus Österreich oder einem anderen Staat eine Pension oder eine Rente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Staat? _____		
Haben Sie sich aufgrund dieses Bezuges von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht für Sie derzeit in einem anderen Staat Versicherungspflicht oder eine Pflichtversicherung (z.B. aufgrund eines Rentenbezugs, einer Erwerbstätigkeit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Staat? _____		
Wenn nein, sind Sie <input type="checkbox"/> kraft Gesetz, <input type="checkbox"/> auf Antrag oder <input type="checkbox"/> aufgrund eines Optionsrechts aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden?		
<b>Einzugsermächtigung:</b> Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus		
IBAN	BIC	
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	
Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.		
Ort und Datum	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers	

\*) Bei Drittstaatsangehörigen (kein EU-, EWR- oder Schweizer Bürger) ist die Vorlage des Aufenthaltstitels notwendig

**2 Antrag auf Selbstversicherung  
in der Krankenversicherung  
(gemäß § 16 Abs. 1 ASVG)**

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers



Durchschrift für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer	
Familienname (auch alle früher geführten Namen)	
Vorname:	Geb.-Datum lt Geb.-Urkunde
Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.)	Tag
	Monat
Tel. Nr.:	Jahr
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
E-Mail-Adresse:	

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_ In welchem Staat? \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung**

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____		
Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____		
ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)		
Bezug von Krankengeld, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe bzw. bedarfsorientierter Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Präsenzdienst bzw. Zivildienst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ von _____ bis _____ bei:		
Name:	Versicherungsnummer:	
Beendigung der Mitversicherung wegen	<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:	
<input type="checkbox"/> Ehe geschieden/eingetragene Partnerschaft aufgelöst		
seit: _____		
(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)	(Nachweise bitte in Kopie beilegen)	
Haben Sie in den letzten 24 Monaten eine Schul-/Berufsausbildung beendet und sind Sie seither erwerbslos?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie aus Österreich oder einem anderen Staat eine Pension oder eine Rente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Staat? _____		
Haben Sie sich aufgrund dieses Bezuges von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht für Sie derzeit in einem anderen Staat Versicherungspflicht oder eine Pflichtversicherung (z.B. aufgrund eines Rentenbezugs, einer Erwerbstätigkeit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Staat? _____		
Wenn nein, sind Sie <input type="checkbox"/> kraft Gesetz, <input type="checkbox"/> auf Antrag oder <input type="checkbox"/> aufgrund eines Optionsrechts aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden?		
<b>Einzugsermächtigung:</b> Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus		
IBAN	BIC	
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	
Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.		
Ort und Datum	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers	

\*) Bei Drittstaatsangehörigen (kein EU-, EWR- oder Schweizer Bürger) ist die Vorlage des Aufenthaltstitels notwendig

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



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

<b>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤</b>		<b>Versicherungsnummer</b>		
Familiename (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
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				
<b>Kassenvermerke</b>				
<b>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:</b>  Meinen Lebensunterhalt bestreite ich von: _____				
<b>Bruttoeinkünfte aus</b>		<b>Monatlich im Durchschnitt</b>		
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, 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
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

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

<b>Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus:</b>	
<b>Einzugsermächtigung:</b>	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

<b>HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER</b>	
<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

## Information zur Selbstversicherung

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung (§ 16 Abs. 1 ASVG) kann von Personen in Anspruch genommen werden, die ihren Wohnsitz im Inland haben und in keiner gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich (z.B. ASVG, GSVG, BSVG) oder einer gesetzlichen Krankenversicherung in einem anderen EU-Staat pflichtversichert sind beziehungsweise einer Versicherungspflicht unterliegen.

Achtung: Bei einer Selbstversicherung in der Krankenversicherung kann ein Antrag auf Mitversicherung nur für die Ehegattin/den Ehegatten, die eingetragene Partnerin/den eingetragenen Partner und für Kinder gestellt werden.

### Die Selbstversicherung beginnt:

- Bei Personen, die in der Krankenversicherung pflichtversichert oder anspruchsberechtigt waren, im Anschluss an diese Versicherung (Anspruchsberechtigung), wenn der Antrag auf Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der vorangegangenen Versicherung (Anspruchsberechtigung) gestellt wird,
- bei allen anderen Personen (bzw. wenn der Antrag nicht innerhalb der Frist von sechs Wochen gestellt wird) mit dem Tag nach der Antragstellung.

### Personen, die zuletzt nach dem

- Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (§§ 2, 14a, 14b GSVG) oder
- Bauern Sozialversicherungsgesetz (§ 2 BSVG) oder
- bei einer wahlweise zur Pflichtversicherung geschaffenen Vorsorgeeinrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung

krankenversichert waren, können erst 60 Kalendermonate nach dem Ausscheiden aus dieser Versicherung eine Selbstversicherung bei der Österreichischen Gesundheitskasse beantragen.

### Die Selbstversicherung endet:

- mit dem Wegfall der Voraussetzungen
- einen Tag vor dem Beginn der Pflichtversicherung,
- mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland (Vorlage einer Kopie des Meldezettels erforderlich),
- mit dem Ende des Kalendermonats, in dem die/der Versicherte ihren/seinen Austritt erklärt,
- mit dem Ende des zweiten Kalendermonats, für den ein Beitragsrückstand besteht, wenn die Beiträge für zwei Kalendermonate nicht entrichtet sind.

In den beiden letztgenannten Fällen endet die Selbstversicherung frühestens mit dem Ablauf von sechs aufeinanderfolgenden Kalendermonaten nach dem Beginn der Versicherung, wobei ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung erst nach Ablauf von weiteren sechs Monaten gestellt werden kann. Dies gilt nicht, wenn der Austritt auf Grund des Beginns einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer Angehörigeneigenschaft nach dem ASVG oder einem anderen Bundesgesetz erklärt wird.

Die Beitragsgrundlage für Selbstversicherte gemäß § 16 Abs. 1 ASVG kann - soweit es nach den wirtschaftlichen Verhältnissen begründet erscheint - herabgesetzt werden. Hierfür ist der "Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage zur Selbstversicherung" gemäß § 76 Abs. 2 ASVG (Abschnitt 3) auszufüllen. Entsprechende Nachweise sind diesem Antrag beizulegen.

### Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen:

Ein Anspruch auf Leistungen besteht grundsätzlich erst nach sechs Monaten.

Ausnahme: Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor Versicherungsbeginn mindestens 26 Wochen, oder unmittelbar vor der Selbstversicherung wenigstens durchgehend sechs Wochen einer gesetzlichen Krankenversicherung (Anspruchsberechtigung) nachweisen können, haben bereits ab Beginn der Versicherung einen Leistungsanspruch.

### Leistungsumfang:

Die selbstversicherte Person hat Anspruch auf Sachleistungen (z.B. ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Anstaltspflege). Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld) sind gesetzlich nicht vorgesehen.

### Meldepflicht:

Bewusst falsche Angaben können einen rückwirkenden Ausschluss aus der Versicherung zur Folge haben. Für die Versicherung bedeutsame Änderungen sind binnen einer Woche zu melden.

**Nutzen Sie auch unseren Online-Konto-Service! Mit WEBEKU können Sie den Kontostand Ihrer Selbstversicherung immer tagesaktuell abrufen. Sie können sich online registrieren.**