

**Antrag auf Mitversicherung (§ 123 ASVG)- Bitte Beiblatt beachten!
für Ehegatten und Kinder**

Versicherter:

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigkeit _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Telefonnummer _____

1. Ehegatte: **Bitte legen Sie eine Kopie der Heiratsurkunde bei.**
Bei ausländischen Staatsbürgern benötigen wir zusätzlich eine Kopie des Meldezettels.

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigkeit _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Telefonnummer _____

Ist Ihre Ehegattin bzw. Ihr Ehegatte (Zutreffendes ankreuzen!)

land- bzw. forstwirtschaftlicher Betriebsführer freiberuflich tätiger Arzt Rechtsanwalt
 selbstständiger Apotheker Patentanwalt Wirtschaftstreuhand
 freiberuflich tätiger selbstständiger Ingenieur Notar nach dem Notarversicherungsgesetz 1972

Bezieht Ihre Ehegattin bzw. Ehegatte eine Pension (Zutreffendes ankreuzen!)

nach dem FSVG, nach dem GSVG, nach dem Notarversicherungsgesetz
 als Hinterbliebener einer Pensionistin/eines Pensionisten nach den genannten Bundesgesetzen

Übt Ihre Ehegattin bzw. Ehegatte im Ausland eine Erwerbstätigkeit aus bzw. bezieht diese Person eine Pension aufgrund dieser Erwerbstätigkeit?

Ja Nein

2. Eheliche Kinder, uneheliche Kinder, Wahl- und legitimierte Kinder:

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten **(Bitte Erläuterungen beachten!)** _____

Lebt die angehörige Person in Hausgemeinschaft? **JA**, seit _____ **NEIN**

Wenn nein, Anschrift: _____

ACHTUNG: Befristete Mitversicherung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres!

3. Antrag für ein Stiefkind

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Lebt die angehörige Person in Hausgemeinschaft? JA, seit _____ NEIN

Wenn nein, Anschrift: _____

Tag der Verehelichung des leiblichen Elternteils mit dem Antragsteller _____

ACHTUNG: Befristete Mitversicherung auf 3 Jahre, danach ist eine Verlängerung notwendig!

4. Antrag für ein Pflegekind:

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Unentgeltliche Verpflegung, d.h. gänzliche Versorgung durch den Versicherten: JA NEIN

Das Pflegeverhältnis zum Versicherten beruht auf einer behördlichen Bewilligung: JA NEIN

ACHTUNG: Befristete Mitversicherung auf 3 Jahre, danach ist eine Verlängerung notwendig!

5. Antrag für ein Enkelkind:

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Name der Kindesmutter: _____ geb. am: _____ Familienstand: _____

Mädchenname bzw. Name aus früheren Ehen: _____

Name des Kindesvaters: _____

Welcher der angeführten Elternteile ist ein leibliches Kind des Versicherten: Kindesvater Kindesmutter

Hausgemeinschaft mit dem Antragsteller seit _____

ACHTUNG: Befristete Mitversicherung auf 3 Jahre, danach ist eine Verlängerung notwendig!

6. Antrag bei Erwerbslosigkeit eines mitversicherten Kindes:

Familienname _____ Vorname _____ Staatsangehörigk. _____ Geschl. _____ Vers.Nummer _____

Ich erkläre, dass ich nach Beendigung der Schulausbildung, Berufsausbildung erwerbslos bin und seit diesem Zeitpunkt kein eigenes Einkommen habe.

Unterschrift des Angehörigen

Bitte legen Sie eine Kopie des Abschlusszeugnisses oder einen Nachweis über den letzten Schulbesuch bei.

Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Ich verpflichte mich, eine Änderung der Angaben sofort bekannt zu geben. Weiters verpflichte ich mich zum vollen Kostenersatz von zu Unrecht erbrachten Leistungen, die durch bewusst unwahre Angaben bzw. durch Verschweigen maßgeblicher Tatsachen von der Kasse erbracht wurden.

Datum

Unterschrift des Versicherten