

Erläuterungen

Voraussetzungen für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung gem. § 16 Abs. 1 ASVG:

Sie können der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) beitreten, wenn und solange Ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist und Sie nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Beachten Sie bitte die Bestimmungen über Beginn, Dauer und Ende der Selbstversicherung sowie über die eventuelle Wartezeit auf Leistungen.

Im Rahmen der Verordnungen zum EWR ist eine freiwillige Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen auch dann möglich, wenn ein Versicherter in einem anderen Mitgliedsstaat wohnt.

Beginn der Selbstversicherung:

Die Selbstversicherung schließt bei Personen, die nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren oder für die eine Anspruchsberechtigung in einer solchen Krankenversicherung bestand, zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Versicherung bzw. Anspruchsberechtigung an, wenn der Antrag auf Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Versicherung bzw. der Anspruchsberechtigung gestellt wird.

In allen übrigen Fällen beginnt die Selbstversicherung mit dem auf die Antragstellung folgenden Tag.

Personen, die aus der Versicherung gemäß § 2, 14a, 14b des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG) oder aus einer wahlweise zur Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG geschaffenen Versorgungseinrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder gem. § 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (BSVG) ausgeschieden sind, können frühestens mit dem Ablauf von 60 Kalendermonaten nach dem Ausscheiden aus dieser Versicherung einen Antrag auf Selbstversicherung nach dem ASVG stellen. Diese können sich jedoch bei dem Versicherungsträger, dem sie zuletzt als Versicherter angehört haben, in der Krankenversicherung weiterversichern. Jene Personen, die bisher eine Waisenpension nach dem GSVG oder BSVG bezogen haben oder als Angehörige nach den angeführten Gesetzen mitversichert waren, können unmittelbar im Anschluss an diese Versicherung die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG beantragen.

Beiträge:

Beitragsgrundlage ist die um ein Sechstel erhöhte Höchstbeitragsgrundlage. Der Beitrag kann auf Antrag, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten gerechtfertigt erscheint, ermäßigt werden.

Hiezu sind sämtliche Einkommensbelege des Versicherten und aller Haushaltsangehörigen dem vollständig ausgefüllten Antragsformular beizulegen. Ist der Antrag auf Beitragsermäßigung unvollständig ausgefüllt und sind die angeführten Einkünfte nicht belegt, kann eine Beitragsermäßigung mangels Beurteilungsmöglichkeit nicht gewährt werden. Die Herabsetzung wirkt ab Beginn der Selbstversicherung, wenn der Antrag gleichzeitig mit dem Antrag auf Selbstversicherung gestellt wird, sonst mit dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten und gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres. Langen die Nachweise für die Herabsetzung der Beitragsgrundlage nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt die allfällige Beitragsermäßigung erst mit dem auf die Beibringung der Belege folgenden Monatsersten.

Wurde der Beitrag ermäßigt, so hat der Versicherungsträger, ohne Rücksicht auf die gesetzliche Geltungsdauer der Herabsetzung bei Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten, auf dessen Antrag oder von Amts wegen eine Erhöhung der Beitragsgrundlage bis auf das in Betracht kommende Ausmaß vorzunehmen.

Für Selbstversicherte, die Anspruch auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs gegenüber einem Träger der Sozialhilfe oder die gegenüber einem Wohlfahrtsfonds auf Grund einer satzungsmäßigen oder vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge haben, ist eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage ausgeschlossen (§ 76 Abs. 2 ASVG).

Fälligkeit des Beitrages:

Der Beitrag für Selbstversicherte in der Krankenversicherung ist im Voraus jeweils zu Beginn des Kalendermonats fällig und sofort einzuzahlen. Zur Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes und Vermeidung von Verzugszinsen ist für eine zeitgerechte Beitragszahlung zu sorgen.

Um Fehlbuchungen zu vermeiden, führen Sie bitte bei jeder Zahlung Ihre Selbstversicherungs-Beitragskontonummer an.

Änderungen während der Selbstversicherung:

Der Selbstversicherte hat alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Woche dem Versicherungsträger zu melden. Insbesondere betrifft dies:

- Änderung der Wohnanschrift,
- Namensänderung infolge Verhehlung,
- Beginn einer Pflichtversicherung,
- Arbeitslosengeldbezug – Notstandshilfe,
- Einberufung zum Präsenzdienst,
- Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder in ein anderes Bundesland,
- Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse

Leistungsansprüche des Selbstversicherten und seiner Angehörigen:

Als Angehörige gelten:

- Ehegatten
- Kinder (eheliche und uneheliche Kinder, legitimierte Kinder, Wahl-, Stief-, Enkel- und Pflegekinder) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (Schulbesuch, Studium, Berufsausbildung etc.) über **Antrag** maximal bis zum 27. Lebensjahr.

Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen:

Bei Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist (z. B. für den Versicherungsfall der Mutterschaft), von der Erfüllung einer Wartezeit von 6 Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt, wenn der Selbstversicherte in den unmittelbar vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert war oder für ihn eine Anspruchsberechtigung in einer solchen Krankenversicherung bestand. Falls diese Krankenversicherung nicht bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse durchgeführt wurde, ist sie durch die Vorlage einer Versicherungszeitenbestätigung der vorher zuständigen Krankenkasse oder einer Bezugsbestätigung des Arbeitsamtes nachzuweisen.

Ende der Selbstversicherung:

Die Selbstversicherung endet:

1. einen Tag vor dem Beginn der Pflichtversicherung oder
2. mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland (Vorlage einer Kopie des Meldezettels erforderlich)

Die Selbstversicherung endet weiters:

1. mit dem Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt, oder
2. mit dem Ende des zweiten Kalendermonats, für den ein Beitragsrückstand besteht, wenn die Beiträge für 2 Kalendermonate nicht entrichtet sind, wobei ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung erst nach Ablauf von weiteren 6 Kalendermonaten gestellt werden kann.

Die Beendigung der Selbstversicherung in der Krankenversicherung aus den beiden letztgenannten Gründen ist jedoch erst frühestens nach Ablauf von 6 aufeinanderfolgenden Kalendermonaten nach deren Beginn möglich.

Für Auskünfte stehen wir gerne zur Verfügung (Tel.: 02682/608/1241)

