

1

**Antrag**

- auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung (gemäß § 16 Abs. 1 ASVG)
- auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes (gemäß § 16 Abs. 2a ASVG)



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

<i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen!</i>		Versicherungsnummer			
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)					
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)			Staatsangehörigkeit		
Tel. Nr.		E-Mailadresse			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

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 _____	
<i>ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)</i>	
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: _____	(Nachweise bitte in Kopie beilegen)
<i>(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen)</i>	
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?	
Wenn ja, aus welchem Staat? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 (zB aufgrund eines Rentenbezugs, einer Erwerbstätigkeit)?	
Wenn ja, in welchem Staat? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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?	

**Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 1 ASVG beantragen**

Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Erlagschein oder <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

**Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes beantragen**

Haben Sie einen Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes gestellt (gemäß § 18a ASVG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie erhöhte Familienbeihilfe für das behinderte Kind (gemäß § 8 Abs. 4 FLAG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Ihre Arbeitskraft zur Gänze wegen der Pflege des behinderten Kindes beansprucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben Sie mit dem behinderten Kind im gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?	

**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
---------------	--

2

**Antrag**

- auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung (gemäß § 16 Abs. 1 ASVG)
- auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes (gemäß § 16 Abs. 2a ASVG)



Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Durchschrift für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller

<i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen!</i>		Versicherungsnummer		
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	
Tel. Nr.		E-Mailadresse		

**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 _____	
<i>ACHTUNG: (bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen)</i>	
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: _____	_____
<i>(Urkunde mit materieller Rechtskraftbescheinigung bitte in Kopie beilegen) (Nachweise bitte in Kopie beilegen)</i>	
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 (zB 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?	

**Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung gemäß § 16 Abs. 1 ASVG beantragen**

<b>Zahlungsart:</b> <input type="checkbox"/> Erlagschein oder <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	<b>Unterschrift</b> der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

**Nur auszufüllen, wenn Sie eine Selbstversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes beantragen**

Haben Sie einen Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes gestellt (gemäß § 18a ASVG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie erhöhte Familienbeihilfe für das behinderte Kind (gemäß § 8 Abs. 4 FLAG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Ihre Arbeitskraft zur Gänze wegen der Pflege des behinderten Kindes beansprucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leben Sie mit dem behinderten Kind im gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?	

**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	<b>Unterschrift</b> 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 (zB ASVG, GSVG, BSVG) oder einer gesetzlichen Krankenversicherung in einem anderen EU-Staat pflichtversichert sind beziehungsweise einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung bei Pflege eines behinderten Kindes (§ 16 Abs. 2a ASVG) kann von Personen in Anspruch genommen werden, die sich der Pflege eines im gemeinsamen Haushalt lebenden behinderten Kindes widmen, nicht in der Krankenversicherung pflichtversichert oder anspruchsberechtigt als Angehöriger sind, sozial schutzbedürftig sind und die Voraussetzungen des § 18a Abs. 1 und 3 ASVG erfüllen.

### 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 Gebietskrankenkasse beantragen.

### Die Selbstversicherung endet:

- 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 ein gesonderter „Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage zur Selbstversicherung“ gemäß § 76 Abs. 2 ASVG zu stellen. 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 (zB 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 dem Krankenversicherungsträger zu melden.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen Ihr Krankenversicherungsträger.

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