

Antrag auf Mitversicherung

Familienname und Vorname des Mitgliedes: SV-Nr.:

Anschrift (Straße Nr., PLZ, Ort):

Tel.: E-Mail:

Familien-/Personenstand:

☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert ☐ verwitwet

☐ geschieden/Partnerschaft aufgelöst

Angaben zur angehörigen Person

Angehörige/r Familienname und Vorname: SV-Nr.:

Anschrift (Straße Nr., PLZ, Ort):

Tel.: E-Mail:

Familien-/Personenstand:

☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert ☐ verwitwet

☐ geschieden/Partnerschaft aufgelöst

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied:

☐ Ehefrau/Ehemann bzw. eingetragene/r Partner/in ☐ Lebensgefährtin/Lebensgefährte

☐ geschiedene/r Ehefrau/Ehemann bzw. /Partnerschaft aufgelöst

☐ leibliches Kind ☐ Stiefkind ☐ Adoptivkind ☐ Pflegekind ☐ Enkelkind

☐ Mutter/Vater ☐ sonstiger Angehöriger:

Grund für Antragstellung:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:
(Angaben zur zugehörigen Person)

1. Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Inland? ☐ ja ☐ nein
Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Ausland? ☐ ja ☐ nein

Besteht aufgrund dieser Erwerbstätigkeit eine Krankenversicherungspflicht? ☐ ja ☐ nein
Bei Krankenversicherungspflicht: Bezugszeitraum (ab / bis)
Name, Berufsart und Adresse des Arbeitgebers:

2. Sind Einkünfte aus einer freiberuflichen selbständigen Tätigkeit, Vermögensverwaltung, Beteiligung an einem Unternehmen bzw. an einer Gesellschaft oder aus der Veräußerung eines Unternehmens vorhanden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

3. Besteht eine freiwillige Krankenversicherung? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Name der Krankenkasse, An/Abmeldedatum:

4. Mitglied in einer der folgenden Kammern:
Ärztammer, Rechtsanwaltskammer, Apothekerkammer, Ingenieurkammer,
Patentanwaltskammer, Kammer der Wirtschaftstreuhänder, Tierärztkammer ☐ ja ☐ nein

5. Pensionsbezug für freiberuflich selbständige Erwerbstätige (FSVG),
für selbständige Erwerbstätige (GSVG), Hinterbliebenenpension nach dem
GSVG nach einer Erwerbstätigkeit ☐ ja ☐ nein

6. Besteht eine Versicherungspflicht nach dem Notarversicherungsgesetz
oder ein Pensionsbezug? ☐ ja ☐ nein

7. Bezug einer in- oder ausländischen Pension (Rente)? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Bezugsdauer seit:
Auszahlende Stelle:
Name der Krankenversicherung:

8. Wurde ein Pensions- bzw. Rentenanspruch gestellt? ☐ ja ☐ nein
Wann? Bei welcher Stelle?

9. Bezug von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Kinderbetreuungsgeld? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Bezugszeitraum (ab/bis)
Auszahlende Stelle:

Erklärung

- Ich bestätige, dass Österreich für die oben genannte Angehörige bzw. für den oben genannten Angehörigen der Mittelpunkt der Lebensinteressen und ihrer bzw. seiner wirtschaftlichen Existenz ist.
- Ich bestätige, dass meine Angehörige/mein Angehöriger keine ausländische Pension oder eine dieser gleichzustellende Leistung bezieht bzw. keine Pflichtversicherung im In- oder Ausland besteht.
- Ich erkläre, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich der KFA Wien einen durch unrichtige oder unvollständige Angaben entstandenen Schaden ersetzen muss.
- Ich bin verpflichtet, der KFA Wien alle Änderungen sofort bekannt zu geben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift