



## Salzburger Gebietskrankenkasse

5021 Salzburg • Postfach 2020 • Engelbert-Weiß-Weg 10  
Tel. (0662) 8889-0 • Fax (0662) 8889-1111 • www.sgkk.at

DVR 0024015

### Antrag auf Mitversicherung (Prüfung der Anspruchsberechtigung für Angehörige im Sinne des § 123 ASVG)

Versicherte/r: ..... Vers.-Nummer: ..... Geb.-Datum: .....

Adresse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Telefon: ..... e-mail: .....

#### 1. Ehegatte/Ehegattin; eingetragener Partner/eingetragene Partnerin

Name: ..... Vers.-Nummer: ..... Geb.-Datum: .....

Adresse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Datum der Eheschließung/Eintragung der Partnerschaft: .....

#### 2. Haushaltsführende Person

Verwandtschaftsverhältnis: .....

Name: ..... Vers.-Nummer: ..... Geb.-Datum: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Personenstand: .....

Der/die Versicherte und die haushaltsführende Person erklären, dass sie seit ..... in ununterbrochener Hausgemeinschaft leben, die haushaltsführende Person seit dieser Zeit der/dem Versicherten den Haushalt unentgeltlich führt und ein/e im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/in oder eingetragene/r Partner/in **nicht** vorhanden ist.

#### 3. Pflegende Person

Verwandtschaftsverhältnis: .....

Name: ..... Vers.-Nummer: ..... Geb.-Datum: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Personenstand: .....

Der/die Versicherte und die pflegende Person erklären, dass die Pflege unter ganz überwiegender Beanspruchung der Arbeitskraft (im Mindestmaß von 30 Wochenstunden), nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson erbracht wird.

Der/die Versicherte hat Anspruch auf Pflegegeld zumindest in der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze.  ja  nein

**Nicht verwandte/r pflegende/r Angehörige/r:** Bitte füllen sie zusätzlich P 2. haushaltsführende Person aus.

### Bitte zutreffendes ankreuzen!

**Besteht für die mitzuversichernde Person unter 1, 2 od. 3 eine Pflichtversicherung?**  ja  nein

**Trifft auf die mitzuversichernde Person unter 1, 2 od. 3 einer der folgenden Punkte zu – welcher?**  ja  nein

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem Notarversicherungsgesetz           | <input type="checkbox"/> Pensionsbezug für selbständig Erwerbstätige (GSVG)   |
| <input type="checkbox"/> Mitglied in der Ärztekammer                                      | <input type="checkbox"/> Pensionsbezug für Notare   |
| <input type="checkbox"/> Mitglied in der Rechtsanwaltskammer                              | <input type="checkbox"/> Ein landwirtschaftlicher Betrieb wird auf eigene Rechnung geführt                                    |
| <input type="checkbox"/> Mitglied der Ingenieurkammer                                     | <input type="checkbox"/> Bezug von Pflegegeld mindestens der Stufe 3  |
| <input type="checkbox"/> Mitglied in der Österreichischen Patentanwaltskammer             | <input type="checkbox"/> Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Ausland oder Beschäftigung bei einer internationalen Organisation |
| <input type="checkbox"/> Mitglied in der Kammer der Wirtschaftstreuhänder                 | Wenn ja, welche: .....  |
| <input type="checkbox"/> Mitglied in der Österreichischen Apothekerkammer                 | <input type="checkbox"/> Pensionsbezug/Ruhegenuss aus dem Ausland oder von einer internationalen Organisation                 |
| <input type="checkbox"/> Pensionsbezug für freiberuflich selbständig Erwerbstätige (FSVG) |   |

#### 4. Mitversicherung von Kindern

(Eheliches, uneheliches, legitimiertes Kind, Stiefkind, Wahlkind und Enkelkind)

| Vor-/Nachname<br>(ev. früherer Name) | Vers.-Nr.<br>Geb.-Datum | Personenstand | Erwerbslos seit | Falls<br>Selbstversichert<br>bei welcher<br>Kasse | Gemeinsamer<br>Haushalt<br>seit |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---|---------------------------------|
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |

#### 5. Mitversicherung eines Pflegekindes

| Vor-/Nachname<br>(ev. früherer Name) | Vers.-Nr.<br>Geb.-Datum | Personenstand | Erwerbslos seit | Falls<br>Selbstversichert<br>bei welcher<br>Kasse | Gemeinsamer<br>Haushalt<br>seit |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---|---------------------------------|
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |
|                                      |                         |               |                 |   |                                 |

a. Unentgeltliche Verpflegung, d.h. gänzliche Versorgung durch den Versicherten/die Versicherte?  ja  nein

b. Das Pflegeverhältnis zum/zur Versicherten beruht auf einem behördlich bewilligten Pflegevertrag?  ja  nein

c. Pflege und Erziehung durch den/die Versicherten?  ja  nein

Verwandtschaftsverhältnis .....

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass die Angaben den Tatsachen entsprechen. Sollte bei einer der gemachten Angaben eine Änderung eintreten, verpflichte ich mich, diese sofort bekannt zu geben. Weiters verpflichte ich mich zur vollen Rückerstattung einer zu Unrecht gewährten Leistung, die bedingt durch bewusst falsche Angaben bzw. durch das bewusste Verschweigen von maßgeblichen Tatsachen von der Salzburger Gebietskrankenkasse erbracht wurde.

Datum ..... Unterschrift des/der Angehörigen .....  
(nur bei haushaltsführenden und pflegenden Personen)

Datum ..... Unterschrift des/der Versicherten .....

**Nur unterschreiben, wenn der/die Angehörige nicht österreichische/r Staatsbürger/in ist:**

*Ich bestätige rechtsverbindlich, dass mein/e Angehörige/r beabsichtigt, Österreich zum Mittelpunkt seiner/ihrer Lebensinteressen und seiner/ihrer wirtschaftlichen Existenz zu machen.*

Unterschrift des/der Angehörigen .....  
(nur mit Vollendung des 18. Lebensjahres erforderlich)

Unterschrift des/der Versicherten .....

**Nötige Unterlagen : Siehe „Beiblatt zur Mitversicherung“**

## Beiblatt zur Mitversicherung

Eine Zuerkennung der Anspruchsberechtigung für Angehörige im Sinne des § 123 ASVG kann nur erfolgen,

1. wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben;
2. wenn diese weder nach der Vorschrift dieses Bundesgesetzes noch anderer gesetzlicher Vorschriften krankenversichert sind und auch keine Krankenfürsorge durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers vorgesehen ist.

### Als Angehörige gelten

Ehegatte/Ehegattin oder eingetragene/r Partner/in

Eheliche Kinder

Legitimierte Kinder

Wahlkinder

Uneheliche Kinder einer weiblichen Versicherten

Uneheliche Kinder eines männlichen Versicherten

Stiefkinder (ständige Hausgemeinschaft mit dem/der Versicherten)

Enkelkinder

Pflegekinder (Punkt a, b, c siehe Antragsformular)

Pflegekinder mit bewilligtem Pflegevertrag (Punkt b)

Pflegekinder bis zum 3. Grad verwandt oder verschwägert (Punkt c)

Kinder nach der Vollendung des 18. Lebensjahres bei Schulbesuch, Berufsausbildung oder Studium (längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres)

Kinder bei Erwerbsunfähigkeit, wenn sie seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ende/Abbruch der Schul-, Berufs- oder Studiausbildung infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind

Kinder bei Erwerbslosigkeit seit dem vollendeten 18. Lebensjahr oder nach Ende/Abbruch der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung (längstens für 24 Monate)

Haushaltsführende Person

Verwandte pflegende Person

Nicht verwandte pflegende Person

### Notwendige Nachweise in Kopie:

Heiratsurkunde oder Eintragungsprotokoll der Partnerschaft, Meldeschein, Fragebogen zur beitragspflichtigen Mitversicherung (§ 51d ASVG)

Geburtsurkunde, Meldeschein

Geburtsurkunde nach der Legitimierung, Meldeschein

Adoptionsurkunde, Meldeschein

Geburtsurkunde, Meldeschein

Vaterschaftsnachweis, Meldeschein

Nachweis der Hausgemeinschaft mit Meldescheinen; Heiratsurkunde

Nachweis der Hausgemeinschaft mit Meldescheinen, Verwandtschaftsnachweis (z. B. Geburtsurkunde)

Geburtsurkunde, Meldeschein

Zusätzlich amtlicher/behördlicher Pflegenachweis

Nachweis der Verwandtschaft und der ständigen Hausgemeinschaft mit Meldescheinen

Schulbesuchs- bzw. Studien- oder aktuelle Familienbeihilfebestätigung, falls keine Familienbeihilfe bezogen wird – zusätzlicher Nachweis des Studienerfolgs

Ärztlicher Befund über die Krankheit oder das Gebrechen sowie den Beginn

Bestätigung über Ende, Abschluss oder Abbruch der Schul-, Studien- oder Berufsausbildung

Nachweis über die mind. zehnmonatige Hausgemeinschaft mit Meldescheinen (mind. 10 Monate gemeinsamer Hauptwohnsitz), Fragebogen zur beitragspflichtigen Mitversicherung (§ 51d ASVG)

Pflegegeldbescheid der zu pflegenden Person mind. der Stufe 3, Pflegeerklärung siehe Antragsformular P.3, Verwandtschaftsnachweis (z. B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde)

Pflegegeldbescheid der zu pflegenden Person mind. der Stufe 3, Pflegeerklärung siehe Antragsformular P.3, Nachweis über die mind. zehnmonatige Hausgemeinschaft mit Meldescheinen (10 Monate gemeinsamer Hauptwohnsitz)