

**Antrag auf Selbstversicherung
in der Krankenversicherung
gem. § 16 Abs. 1 ASVG**

Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Sie sind in **keiner gesetzlichen Krankenversicherung versichert**, weder in Österreich noch in einem EU/EWR-Staat, der Schweiz oder einem Staat mit bilateralem Abkommen.
- Ihr **Wohnsitz** ist im **Inland**

Weitere Informationen finden Sie unter www.oegk.at

Familienname:		Versicherungsnummer:		
Vorname:	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag:	Monat:	Jahr:
Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.):		☐ weiblich ☐ männlich	Staatsangehörigkeit:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:			
Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend ☐ geschieden/aufgelöste eingetragene Partnerschaft ☐ verwitwet/hinterbliebene eingetragene Partnerin/hinterbliebener eingetragener Partner				
Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Österreich oder einem EU-/EWR-Staat oder einem Staat mit bilateralem Abkommen gesetzlich krankenversichert? ☐ ja ☐ nein				
Wenn ja, Grund für die gesetzliche Krankenversicherung? ☐ unselbständig ☐ selbständig ☐ Mitversicherung ☐ Pension/Rente Bei welchem Versicherungsträger _____ In welchem Staat waren Sie versichert? _____ In welchem Zeitraum von _____ bis _____			Wenn nein, aufgrund fehlender Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten haben Sie bei Abschluss der Selbstversicherung keinen Anspruch auf Leistungen in den ersten 6 Monaten der Selbstversicherung. Die Beiträge sind in dieser Zeit trotzdem zu zahlen	
Sind Sie derzeit erwerbstätig: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welchem Staat üben Sie die Tätigkeit aus? _____ ☐ unselbständig ☐ selbständig Art der Tätigkeit _____				
Beziehen Sie aus dem Ausland eine Pension/Rente? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, aus welchem Land beziehen Sie diese Pension/Rente? _____ Bei Rentenbezug aus der Schweiz oder Liechtenstein ist ein Nachweis über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht erforderlich. Legen Sie diese dem Antrag bei.				

Wenn Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus:

IBAN:		BIC:	
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers:		Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers:	

Ich verpflichte mich, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden, und erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort und Datum:	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers
----------------	--