



An die

Beitragskontonummer

1

Antrag auf Inanspruchnahme einer Leistung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

versicherungsnummer bitte vollständig anführen! >

	versicherungsnummer			
	Lfd.-Nr.	Geburtsdatum		
		Tag	Monat	Jahr
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname(n)	<input type="checkbox"/> männl.	Staatsangehörigkeit		
	<input type="checkbox"/> weibl.			
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)	Telefonnummer:			

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

1. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

2. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

3. Dienstgeber: Name: _____ Beschäftigt als: Dienstnehmer/in
 Adresse: _____ Heimarbeiter/in
 monatliches Entgelt: _____ freie/r Dienstnehmer/in
 Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden

ACHTUNG: Liegen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nicht vor (keine Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze durch Zusammenzählen der Entgelte), gilt dieser Antrag als vorläufiger Antrag nach § 19a ASVG zur Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung (Kranken- und Pensionsversicherung).

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers