



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

An die

Beitragskontonummer:

Familienname/Nachname und Vorname(n)	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	
Versicherungsnummer	(Mobil)Tel.Nr.:
	FaxNr.:
E-Mail:	

Beruf:

Stark umrandete Felder werden durch die Kasse ausgefüllt!

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beantrage ich, die Beitragsgrundlage zu meiner Selbstversicherung so weit herabzusetzen, dass sie meinen wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt:

Zutreffende Felder bitte ankreuzen!

1. Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> hinterbliebene eingetragene Partnerin/hinterbliebener eingetragener Partner		alle vorher geführten Namen:
2. Angehörige, die von der Antragstellerin/ vom Antragsteller erhalten werden (Anzahl, Verwandtschaftsverhältnis, geboren am, Adresse)		
3. Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?		
4. Bruttoeinkünfte aus		monatlich im Durchschnitt
4.1. Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, seit.....	EUR
4.2. Pension(en) und/oder Rente(n)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, auszahlende Stelle(n):	EUR
4.3. unselbstständiger Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit: DienstgeberIn:	EUR.....
4.4. selbstständiger Erwerbstätigkeit (z.B. in der gewerbl. Wirtschaft, in einem freien Beruf, auf Grund eines Werkvertrages)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit: Versicherungspflicht nach dem GSVG/FSVG ist bereits abgelehnt lt. Bescheid vom	EUR
4.5. Beschäftigung in der Land- und/oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit: DienstgeberIn:	EUR
4.6. eigener Land- und/oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Einheitswert: Versicherungspflicht nach dem BSVG ist bereits abgelehnt lt. Bescheid vom	EUR
4.7. sonstiger Beschäftigung	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art der Tätigkeit:	EUR

		monatlich im Durchschnitt
4.8. Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art: Einheitswert:	EUR
5. Bei Ordensangehörigen:		
5.1. Besteht gegenüber dem Orden Anspruch auf Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Art des Lebensunterhaltes:	EUR
6. Bei UnterhaltsempfängerInnen:		
6.1. Unterhaltsanspruch gegenüber Angehörigen	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Name, Vers.Nr. und Anschrift:	EUR
6.2. Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin/dem geschiedenen Ehegatten/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Name, Vers.Nr.:	EUR
6.3. Zuwendungen von Verwandten und/ oder anderen Personen	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Name, Vers.Nr. und Anschrift:	EUR
6.4. Nettoeinkünfte der/des Angehörigen bzw. Unterhaltspflichtigen der Antragstellerin/des Antragstellers:		
a) des geschiedenen Ehegatten/der geschiedenen Ehegattin/ der ehemalig eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners		EUR
b) der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern, Kinder, Lebensgefährtn, sonst. Personen		EUR
6.5. Besteht ein eigener Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja	
6.6. Wurde Ihr Antrag auf Notstandshilfe abgewiesen und stehen Sie der Arbeitsvermittlung zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Bitte den ablehnenden Bescheid beilegen.	
7. Ist eine Unterhaltsverpflichtung zu erfüllen? Unterhaltsberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Name, Vers.Nr., Anschrift:	EUR
8. Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Ersparnisse oder andere Erlöse)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Art:	EUR
9. sonstigen Einkünften (z.B. Leibrenten, Einkünfte aus Veräußerungsgeschäften, Gnadenpensionen)	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Art:	EUR
10. Schulbesuch oder Studium? <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, voraussichtliches Ende Höhe des Stipendiums		EUR
11. Haben Sie gegenüber einem Wohlfahrtsfonds auf Grund einer satzungsmäßigen oder vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge zur Selbstversicherung? <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja		

HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLERIN/DEN ANTRAGSTELLER

Wenn die Voraussetzungen zutreffen, besteht die Möglichkeit, die Beitragsgrundlage zu Ihrer Selbstversicherung herabzusetzen. Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise belegen (z.B. Einkommensteuerbescheid, Lohn/Gehaltszettel oder letzten Pensions-/Rentenauszahlungsbeleg; GRENZGÄNGER: mindestens die letzten 3 Lohnzettel oder eine Kopie des Lohnblattes). Bitte bedenken Sie, dass Sie Beiträge, die infolge unvollständiger oder unrichtiger Angaben herabgesetzt wurden, nachzahlen müssen.

.....,den

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers (Bevollmächtigten, Vormundes, bei minderjährigen Kindern der Eltern)

Raum für Kassenvermerke