

FRAGEBOGEN zur beitragspflichtigen Mitversicherung (§ 51d ASVG)

Zutreffende Felder bitte ankreuzen bzw. Daten ergänzen oder ändern!

Versicherte/r	
Familien- oder Nachname/n:	Versicherungsnummer
Vorname/n:	
Anschrift:	Telefonnummer:
1. Befindet/Befinden sich derzeit ein Kind/mehrere Kinder im gemeinsamen Haushalt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit Ihrem Kind/Ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3? Wenn ja, werden Sie von der/dem Angehörigen unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer/seiner Arbeitskraft nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung gepflegt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Übersteigt Ihr Nettoeinkommen (Gehalt, Pensionsbezug, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung) und ein allfälliges Einkommen Ihrer/Ihres mitversicherten Angehörigen monatlich den Betrag von EUR 1.221,68?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Die nachstehenden Fragen richten sich an die/den mitversicherte/n Angehörige/n, können jedoch auch von der/dem Versicherten beantwortet werden:

Mitversicherte/r	
Ehegattin/Ehegatte, eingetragene/r Partner/in, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, haushaltsführende/r Angehörige/r	
Familien- oder Nachname/n:	Versicherungsnummer
Vorname/n:	
Anschrift:	
1. Befindet/Befinden sich derzeit ein Kind/mehrere Kinder im gemeinsamen Haushalt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit Ihrem Kind/Ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest in Höhe der Pflegestufe 3?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie ein eigenes Einkommen (Gehalt, Vermögenseinkünfte, Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung)? Wenn ja, Angabe der Höhe des monatlichen Einkommens	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> EUR _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend meinem Krankenversicherungsträger mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift der/des Versicherten