



An die

Kontonummer

1

**Antrag
auf Inanspruchnahme
einer Leistung**

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ▶

Versicherungsnummer			
Lfd.-Nr.	Geburtsdatum		
	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> männl.		Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> weibl.			
Anschriřt (Plz., Ort, Straße)		Telefonnummer:	

Familien- oder Nachname/n (auch alle früher geführten Namen)

Vorname(n)

Anschriřt (Plz., Ort, Straße)

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

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

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

3. Dienstgeber/in: 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