



1

Antrag

auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung für Studierende (gemäß § 16 Abs. 2 ASVG)

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! >

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen) ← family name		date of birth		
Vorname/n ← first name	Geb. Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.) ← address in Austria (leave blank if you don't know it yet)		day / month / year		
Tel. Nr. ← phone number	E-Mailadresse	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit citizenship	
		e-mail address		

ACHTUNG: Ohne Vorlage der aktuellen Fortsetzungsbestätigung und einer Kopie jenes Studienbuchblattes, aus dem ab der Immatrikulation alle Studienrichtungen und deren Dauer ersichtlich sind, kann die Selbstversicherung nicht durchgeführt werden!

Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland: ja nein

Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____

Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____

ACHTUNG: bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen!

Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei:

Name: _____ Versicherungsnummer: _____

Beendigung der Mitversicherung wegen

Überschreitung der Altersgrenze für Schüler/innen/Student/innen

Sonstige Gründe: _____
(Nachweise bitte in Kopie beilegen)

Angaben zu Ihrem Wohnsitz

Haben Sie auch einen Wohnsitz außerhalb Österreichs? **do you have a residence out of Austria?** ja nein **yes / no**

Wenn ja, in welchem Staat? **where? (Country)**

In welchem Staat liegt derzeit der Mittelpunkt Ihrer Lebensinteressen? **In which country do you see your current center of your life? = Austria**

Angaben zu Ihrem Studium

An welcher Lehranstalt sind Sie gemeldet? **Where do you study? = FH JOANNEUM**

Derzeitige Hauptstudienrichtung: **your study program (e.g. International Management)**

Beginndatum: **start of studies = 29.9.2014**

Haben Sie die Studienrichtung gewechselt? ja nein

Wenn ja, wie oft? Wann?

Haben Sie das Studium aus wichtigen Gründen unterbrochen? ja nein

Wenn ja, Grund:

Beziehen Sie während Ihres Studiums ein Einkommen? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe? EUR: monatlich jährlich

Art des Einkommens:

Haben Sie bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen? ja nein

Wenn ja, in welcher Studienrichtung:

Zahlungsart: Erlagschein oder Einzugsermächtigung

IBAN: _____ BIC: _____

Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers: _____ **Unterschrift** der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.

Ort und Datum: _____ **Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers**
your signature

2

Antrag

auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung
für Studierende
(gemäß § 16 Abs. 2 ASVG)

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers



Durchschrift für die Antragstellerin bzw. den Antragsteller

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! >		Versicherungsnummer		
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)				
Vorname/n	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	
Tel. Nr.	E-Mailadresse			

ACHTUNG: Ohne Vorlage der aktuellen Fortsetzungsbestätigung und einer Kopie jenes Studienbuchblattes, aus dem ab der Immatrikulation alle Studienrichtungen und deren Dauer ersichtlich sind, kann die Selbstversicherung nicht durchgeführt werden!

Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung

Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____	
Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____	
<i>ACHTUNG: bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen!</i>	
Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei:	
Name: _____	Versicherungsnummer: _____
Beendigung der Mitversicherung wegen	
<input type="checkbox"/> Überschreitung der Altersgrenze für Schüler/innen/Student/innen	
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____ <i>(Nachweise bitte in Kopie beilegen)</i>	

Angaben zu Ihrem Wohnsitz

Haben Sie auch einen Wohnsitz außerhalb Österreichs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Staat?	
In welchem Staat liegt derzeit der Mittelpunkt Ihrer Lebensinteressen?	

Angaben zu Ihrem Studium

An welcher Lehranstalt sind Sie gemeldet?	
Derzeitige Hauptstudienrichtung: Beginndatum:	
Haben Sie die Studienrichtung gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie oft? _____ Wann? _____	
Haben Sie das Studium aus wichtigen Gründen unterbrochen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Grund: _____	
Beziehen Sie während Ihres Studiums ein Einkommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe? EUR: _____	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Art des Einkommens: _____	
Haben Sie bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Studienrichtung: _____	

Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Erlagschein oder <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.	
Ort und Datum	Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers