



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) ← <b>family name</b>		date of birth		
Vorname/n ← <b>first name</b>	Geb. Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.) ← <b>address</b>		day / month / year		
Tel. Nr. ← <b>phone number</b>	E-Mailadresse	e-mail address		
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit <b>citizenship</b>	

**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 = 24.2.2014**

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 **type of payment: payment slip or direct debit mandate**

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers **name of the bank account holder**

Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers **signature of the bank account holder**

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 **place and date**

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
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	<b>Unterschrift</b> der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

<b>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.</b>	
Ort und Datum	<b>Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers</b>