



An die

Kontonummer

1 Antrag auf Inanspruchnahme einer Leistung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen!

	Versicherungsnummer		
	Lfd.-Nr.	Geburtsdatum	
Familien- oder Nachname/n (auch alle früher geführten Namen)	Tag	Monat	Jahr
Vorname(n)	<input type="checkbox"/> männl.		Staatsangehörigkeit
Anschrift (Plz., Ort, Straße)	<input type="checkbox"/> weibl.		
	Telefonnummer:		

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

1. Dienstgeber/in: Name:	Beschäftigt als: <input type="checkbox"/> Dienstnehmer/in
Adresse:	<input type="checkbox"/> Heimarbeiter/in
monatliches Entgelt:	<input type="checkbox"/> freie/r Dienstnehmer/in
Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden	
2. Dienstgeber/in: Name:	Beschäftigt als: <input type="checkbox"/> Dienstnehmer/in
Adresse:	<input type="checkbox"/> Heimarbeiter/in
monatliches Entgelt:	<input type="checkbox"/> freie/r Dienstnehmer/in
Arbeitszeit: monatlich Stunden / wöchentlich Stunden	
3. Dienstgeber/in: Name:	Beschäftigt als: <input type="checkbox"/> Dienstnehmer/in
Adresse:	<input type="checkbox"/> Heimarbeiter/in
monatliches Entgelt:	<input type="checkbox"/> 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
32/86, 02.06.2010	HV - KV 042 - 1/4.98