



Vor- und Nachname Mitglied: \_\_\_\_\_ SVNr.: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname Ihrer/Ihres Angehörigen: \_\_\_\_\_

SVNr. bzw. Geburtsdatum Ihrer/Ihres Angehörigen : \_\_\_\_\_

Familienstand Ihrer/Ihres Angehörigen: \_\_\_\_\_

---

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

1. Übt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger eine Erwerbstätigkeit im Inland aus?  ja  nein  
Übt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger eine Erwerbstätigkeit im Ausland aus?  ja  nein  
Besteht aufgrund dieser Erwerbstätigkeit eine Krankenversicherungspflicht?  ja  nein  
Seit wann? ..... Seit wann nicht mehr? .....  
Name, Berufsart und Adresse der Beschäftigungsstelle

2. Übt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger eine selbstständige betriebliche Tätigkeit aus, deren Einkünfte im Sinne des § 22 Z. 1 bis 3 und 5 oder § 23 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) einkommenssteuerpflichtig sind? Überschreiten die Einkünfte aus dieser Tätigkeit voraussichtlich den Betrag von jährlich EUR 5.256,60 und übt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger auch eine andere Erwerbstätigkeit aus?  ja  nein

**Wenn ja, empfehlen wir Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger sich an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu wenden.**

3. Ist/War Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger freiwillig krankenversichert?  ja  nein  
Bei welcher Krankenkasse? \_\_\_\_\_  
Abgemeldet am \_\_\_\_\_

4. Ist Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger
- a) ordentliche/r Kammerangehörige/r einer Ärztekammer?  ja  nein
  - b) Mitglied der Rechtsanwaltskammer?  ja  nein
  - c) Mitglied der Österreichischen Apothekerkammer in der Abteilung für selbstständige Apotheker?  ja  nein
  - d) Mitglied der Ingenieurkammer?  ja  nein
  - e) Mitglied der Österreichischen Patentanwaltskammer?  ja  nein
  - f) Mitglied der Kammer der Wirtschaftstrehänder?  ja  nein
  - g) Mitglied der Tierärztekammer?  ja  nein
  - h) Bezieher/in einer Pension nach dem FSVG?  ja  nein
  - i) Bezieher/in einer Pension nach dem GSVG nach einer Erwerbstätigkeit aufgrund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstrehänder-Berufsordnung?  ja  nein
  - j) Bezieher/in einer Hinterbliebenenpension nach dem GSVG nach einer Erwerbstätigkeit aufgrund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstrehänder-Berufsordnung?  ja  nein



5. Unterliegt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger der Versicherungspflicht nach dem  
Notarversicherungsgesetz 1972 oder bezieht sie  
nach diesem Gesetz eine Pension?  ja  nein

6. Bezieht Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger eine in- oder ausländische Pension (Rente)?  
 ja  nein

Seit wann? \_\_\_\_\_

Von welcher Stelle (z. B. PVA)? \_\_\_\_\_

Wo ist sie krankenversichert? \_\_\_\_\_

Wurde ein Pensions(Renten)antrag gestellt?  ja  nein

Wann? \_\_\_\_\_ Bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_

7. Bezieht Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe oder  
Kinderbetreuungsgeld?  ja  nein

Seit wann? \_\_\_\_\_ Seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_

Von welcher Stelle? \_\_\_\_\_

---

### Erklärung

Ich bestätige, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich nichts verschwiegen habe.  
Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

➤ meine Angehörige/mein Angehöriger darüber hinaus nur dann einen Anspruch aus meiner  
Mitgliedschaft bei der KFA hat, wenn sie ihren/er seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland  
hat.

➤ Leistungen der KFA, die zu Unrecht in Anspruch genommen werden, von der nicht  
anspruchsberechtigten Empfängerin/von dem nicht anspruchsberechtigten Empfänger  
zurückgefordert werden.

---

Datum und Unterschrift