



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 5.527,92 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 Selbständigen 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