



Antrag auf Selbstversicherung in der Unfallversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG)

als Angehörige(r) der Betriebsführerin/des Betriebsführers
bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährten gem. § 11 BSVG

Daten der Antragstellerin/des Antragstellers = zu versichernde Person

Familienname, Titel			Vorname		Geschlecht		Versicherungsnummer	
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Personenstand		* Bitte entsprechende Urkunden vorlegen						
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet *		<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden *		<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend * <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft * seit _____		
Wohnanschrift (Straße/Gasse/Platz/Nr. bei mehreren Wohnsitzen ist der Hauptwohnsitz anzugeben)							Telefonnummer	
Postleitzahl		Wohnort			E-Mail Adresse			



Daten der Betriebsführerin/des Betriebsführers

Familienname, Titel			Vorname		Geschlecht		Versicherungsnummer	
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			

Angaben zur Versicherung und Beitragszahlung

Ab wann beantragen Sie die freiwillige Selbstversicherung?		Datum (frühestmöglicher Beginn ist der Tag nach der Antragstellung)	
Welche Beitragsgrundlage wählen Sie (Werte 2022)?			
<input type="checkbox"/> Stufe 1.....tgl. Beitragsgrundlage: EUR 22,81..... mtl. Beitrag: EUR 13,00 <input type="checkbox"/> Stufe 2.....tgl. Beitragsgrundlage: EUR 45,63..... mtl. Beitrag: EUR 26,01 <input type="checkbox"/> Stufe 3.....tgl. Beitragsgrundlage: EUR 91,37..... mtl. Beitrag: EUR 52,08			
Hinweis: Die gewählte Beitragsgrundlage kann jeweils mit Beginn des nächsten Kalendervierteljahres geändert werden. Die angeführten Beträge werden jährlich auf Basis der gesetzlichen Grundlagen aufgewertet.			
Ich wähle die Zahlungsart			
<input type="checkbox"/> Zahlungsanweisung (monatlich) <input type="checkbox"/> Dauerauftrag (ist bei Ihrer Bank zu erteilen) <input type="checkbox"/> Zahlungsanweisung (jährlich)			
Hinweis: Beitragszahlung mittels SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung) ist nicht möglich. Bei Änderung der Zahlungsart ist die SVS zu verständigen.			

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Die Antragstellerin/der Antragsteller

- ist (Ehe)Partnerin/(Ehe-)Partner der Betriebsführerin/des Betriebsführers*
- ist Bruder/Schwester der Betriebsführerin/des Betriebsführers*
- ist (Groß)Vater/(Groß)Mutter oder Wahl-/Stief- oder Schwiegerelternanteil der Betriebsführerin/des Betriebsführers*
- ist Kind/Enkel/Wahl-/Stief- oder Schwiegerkind der Betriebsführerin/des Betriebsführers*

* Für diese Personengruppen ist eine freiwillige Selbstversicherung in der Unfallversicherung nur relevant, wenn die Betriebsführerin/der Betriebsführer selbst freiwillig unfallversichert ist. Besteht für den Betrieb Pflichtversicherung, gehören diese Personengruppen dem Kreis der geschützten Familienangehörigen an.

Die Antragstellerin/der Antragsteller

- ist Lebensgefährtin/Lebensgefährte der Betriebsführerin/des Betriebsführers**
- ist Lebensgefährtin/Lebensgefährte eines Kindes** der Betriebsführerin/des Betriebsführers

Name und Versicherungsnummer des Kindes: _____

- ist Lebensgefährtin/Lebensgefährte eines Enkels, Wahl-/Stief- oder Schwiegerkindes der Betriebsführerin/des Betriebsführers und lebt gleichzeitig mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer in Hausgemeinschaft**

Name und Versicherungsnummer des Enkels, Wahl-/Stief- oder Schwiegerkindes:

Hinweis: Die Hausgemeinschaft ist gegeben, wenn zum Antragszeitpunkt ein gemeinsamer Wohnsitz lt. Zentralem Melderegister gegeben ist und besteht für die Dauer des gemeinsamen Wohnsitzes.

- ist Lebensgefährtin/Lebensgefährte eines Eltern-/Großeltern-/Wahl-/Stief- oder Schwiegerelternanteils der Betriebsführerin/des Betriebsführers und lebt gleichzeitig mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer in Hausgemeinschaft**

Name und Versicherungsnummer des Eltern-/Großeltern-/Wahl-/Stief- oder Schwiegerelternanteils:

Hinweis: Die Hausgemeinschaft ist gegeben, wenn zum Antragszeitpunkt ein gemeinsamer Wohnsitz lt. Zentralem Melderegister gegeben ist und besteht für die Dauer des gemeinsamen Wohnsitzes.

- ist Pflegekind der Betriebsführerin/des Betriebsführers
Hinweis: Das Pflegekind muss mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer bis zum dritten Grad verwandt oder verschwägert sein. Für das Pflegekind muss ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung gem. § 78 Abs. 2 Z 6 in Verbindung mit Abs. 10 BSVG bestehen.
- ist eine haushaltsführende mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer nicht verwandte Person**
Hinweis: Die Hausgemeinschaft mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer muss seit mindestens 10 Monaten bestehen; d.h. lt. Zentralem Melderegister muss zum Antragszeitpunkt seit mindestens 10 Monaten ein gemeinsamer Wohnsitz bestehen. Der Haushalt wird unentgeltlich geführt und es lebt keine arbeitsfähige (Ehe)Partnerin/kein arbeitsfähiger (Ehe)Partner im Haushalt. Für diese Person muss ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung gem. § 78 Abs. 6a BSVG bestehen.

- ist Pflegeperson der Betriebsführerin/des Betriebsführers
Hinweis: Die Pflegeperson muss mit der Betriebsführerin/dem Betriebsführer bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt sein. Die Betriebsführerin/der Betriebsführer bezieht Pflegegeld zumindest der Stufe 3. Für die Pflegeperson muss ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung gem. § 78 Abs. 6b BSVG bestehen. Der Unfallversicherungsschutz dieser Versicherung gilt nicht für die Pflege!
- ist Angehörige/Angehöriger einer gem. § 78 Abs. 7 BSVG den Angehörigen gleichgestellte Person („Angehörige(r) gemäß der Satzung“). Diese Person bestreitet ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag des Betriebes und geht keiner Beschäftigung außerhalb des Betriebes nach oder wird von einer Bauern-Pensionistin/einem Bauern-Pensionisten überwiegend erhalten. Diese Person muss Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung gem. § 78 Abs. 7 BSVG haben.

**** Hausgemeinschaft besteht seit:** _____ (Datum)

.....
Datum

.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder der
Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen
Vertreterin/Vertreters

Ich bestätige oben angeführte Daten und stimme der Selbstversicherung zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Betriebsführerin/des Betriebsführers