



Erklärung wurde bereits telefonisch abgegeben

VERSICHERUNGSERKLÄRUNG für Ärzte/Ärztinnen

Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 14a GSVG

Persönliche Daten

Familienname, Vorname		VSNR – Geburtsdatum	
Akademische Grade und Titel		Geburtsname – Namen aus früheren Ehen	
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand	Staatsbürgerschaft
Berufssitz (vollständige Adresse)			Telefon
Wohnsitz			Telefon
E-Mail			
Ich wünsche die Postzustellung an meine <input type="checkbox"/> Wohnanschrift <input type="checkbox"/> Betriebsanschrift. <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen!)</i>			

Ich beantrage die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 14a GSVG.

Als Beginn wähle ich den

Die Krankenversicherung nach § 14a GSVG tritt unabhängig von der Höhe der Einkünfte ein. Sie endet erst mit dem Ausscheiden aus der Kammer oder mit dem Wegfall der Pension/Versorgungsleistung. Andere Umstände wie zum Beispiel der Eintritt einer zusätzlichen Krankenversicherung aufgrund einer anderen Tätigkeit, führen nicht zum Ende der Selbstversicherung.

Fragen zu(r) freiberuflichen Erwerbstätigkeit(en) bzw. zum Leistungsbezug

1. Welche freiberufliche(n) ärztliche(n) Erwerbstätigkeit(en) üben Sie aus/haben Sie ausgeübt?

.....
.....

Seit wann sind Sie Mitglied der Ärztekammer?

Seit

Beziehen Sie eine Altersversorgungsleistung von Ihrer Kammer? ja nein

Seit wann?

Für Bezieher einer Hinterbliebenenleistung:

Verstorbener (Name und VSNR):

Bezug der Leistung seit

Sonstige Fragen

2. Beziehen Sie neben den Einkünften aus Ihrer in Österreich ausgeübten Erwerbstätigkeit auch ein Einkommen im Ausland oder üben zumindest eine Erwerbstätigkeit im Ausland aus?

..... ja nein

Wenn ja, erkläre ich hiermit, dass mein ausländisches Einkommen/meine ausländische Tätigkeit

zur Gänze **innerhalb** des **EWR** zur Gänze **außerhalb** des **EWR**

sowohl **innerhalb** als auch **außerhalb** des **EWR**

erzielt wird/liegt und dieses Einkommen aus einer (*Mehrfachantwort möglich!*)

selbständigen Erwerbstätigkeit

unselbständigen Erwerbstätigkeit

Tätigkeit als **Beamten/Beamtin**

Kapitalbeteiligung

stammt.

Der Mittelpunkt meiner Lebensinteressen liegt in Österreich

Auslandsadresse gegebenenfalls bitte anführen

Werden weitere Unterlagen bzw. Formblätter benötigt, werden diese gesondert angefordert bzw. übermittelt.

EU-/EWR-Vertragsstaaten:

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist seit 01.02.2020 kein EU-Mitgliedstaat mehr. Die unionsrechtlichen Bestimmungen galten bis 31.12.2020 weiter. Für die Zeit ab 01.01.2021 gelten entweder die unionsrechtlichen Bestimmungen (wenn der Sachverhalt bereits vor 31.12.2020 begonnen hat) oder ein Abkommen zwischen EU und Vereinigtem Königreich ist anwendbar, wobei die Rechtsfolgen im Wesentlichen gleich sind. (Auch für die Schweiz gelten die EU-Bestimmungen.)

3. ANGEHÖRIGE svs.at/angehoerige

Haben Sie Angehörige, die über keinen eigenen Krankenversicherungsschutz verfügen? Eine Mitversicherung ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich!

Sollen wir Ihnen das entsprechende Formular zusenden? ja nein

4. OPTION IN DER GSVG-KRANKENVERSICHERUNG svs.at/option

Sie können Ihren Leistungsanspruch (Sach- oder Geldleistungsberechtigung) durch eine Option verändern und damit Ihren individuellen Bedürfnissen anpassen.
Sollen wir Ihnen das entsprechende Formular zusenden? ja nein

5. ZUSATZVERSICHERUNG svs.at/zusatzversicherung

Wenn Sie für das Risiko der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit vorsorgen möchten, können Sie eine Zusatzversicherung beantragen.
Sollen wir Ihnen das entsprechende Formular zusenden? ja nein

6. Im Rahmen Ihrer GSVG-Krankenversicherung können wir Kostenersätze oder Geldleistungen anweisen. Bitte geben Sie uns dazu Ihre Bankverbindung bekannt.

IBAN

bei der

BIC

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift