



## Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Versicherte/r:

SVNr.:

Vor- und Familienname des Kindes:

SVNr. bzw. Geburtsdatum des Kindes:

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):

**Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

1. Verhältnis zum (zur) Versicherten:

Kind       Wahlkind       Stiefkind       Enkelkind       Pflegekind

2. Adresse des Kindes: .....

3. Steht oder stand das Kind in einem Arbeits-(Lehr-) oder Dienstverhältnis?  ja  nein

Ist das Kind aufgrund dieses Arbeits-(Lehr-) oder Dienstverhältnisses  
krankenversichert?

ja  nein

Bezieht oder bezog das Kind eine Hinterbliebenenpension?

ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle? .....

Von wann bis wann? .....

Bezog das Kind Arbeitslosengeld?

ja  nein

Wenn ja, von welcher Stelle? .....

Von wann bis wann? .....

Bei welcher Krankenkasse ist es versichert? .....

4. Welche Schule besucht das Kind? .....seit wann?.....

Ferialarbeit von ..... bis .....

5. Zusätzliche Fragen, die nur bei Stief- und Enkelkindern zu beantworten sind:

a) Name, Beruf und Adresse der Eltern des Kindes:

b) Lebt das Kind ständig in Ihrer Hausgemeinschaft?  
(Legen Sie bitte einen Meldezettel bei.)

ja  nein

c) Wenn nicht, bei wem lebt es? .....

Genaue Adresse: .....

d) Auf wessen Veranlassung lebt das Kind nicht bei Ihnen? .....

e) Wer trägt überwiegend die Kosten des Kindes? .....

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

6. Zusätzliche Fragen, die nur bei Pflegekindern zu beantworten sind:

a) Name, Beruf und Adresse der Eltern des Kindes:

b) Haben Sie einen Pflegschaftsvertrag abgeschlossen?  ja  nein

Mit welchen Personen? .....

c) Wer bestreitet den Unterhalt des Kindes?

.....

d) Wird das Kind von Ihnen unentgeltlich gepflegt?  ja  nein

e) Beruht das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung?  
(Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie dieser Bewilligung bei.)  ja  nein

f) Grad der Verwandtschaft/Verschwägerung .....

g) Lebt das Kind ständig in Ihrer Hausgemeinschaft?  
(Wenn ja, legen Sie bitte einen Meldezettel bei.)  ja  nein

7. Sonstige Mitteilungen:

---

## ERKLÄRUNG

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

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- ▶ mein (das) Kind darüber hinaus nur dann einen Anspruch aus meiner Sozialversicherung hat, wenn es seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.
- ▶ Leistungen der BVA, die zu Unrecht in Anspruch genommen werden, durch die BVA von mir zurückgefordert werden.

.....  
Datum und Unterschrift