

Versicherte/r:

SVNr.:

Vor- und Nachname Ihres/Ihrer eingetragenen Partners/Partnerin:

SVNr. bzw. Geburtsdatum Ihres/Ihrer eingetragenen Partners/Partnerin:

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen):

**Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

1. Übt Ihr/e eingetragene/r Partner/in eine Erwerbstätigkeit im Inland aus?  ja  nein  
Übt Ihr/e eingetragene/r Partner/in 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 Ihr/e eingetragene/r Partner/in 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 5.108,40?  ja  nein

Wenn ja, empfehlen wir Ihrem/Ihrer eingetragenen Partner/Partnerin sich an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu wenden.

3. Befindet/Befinden sich derzeit ein Kind/mehrere Kinder  
a) mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?  ja  nein  
b) mit Ihrem/Ihrer eingetragenen Partner/in im gemeinsamen Haushalt?  ja  nein

4. Hat Ihr/e eingetragene/r Partner/in in der Vergangenheit zumindest vier Jahre hindurch mit einem Kind/mehreren Kindern im gemeinsamen Haushalt gelebt?  ja  nein

5. Ist/War Ihr/e eingetragene/r Partner/in freiwillig krankenversichert?  ja  nein

Bei welcher Krankenkasse? .....

Abgemeldet am .....

6. Ist Ihr/e eingetragene/r Partner/in  
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

7. Unterliegt Ihr/e eingetragene/r Partner/in der Versicherungspflicht nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 oder bezieht er/sie nach diesem Gesetz eine Pension?  ja  nein
8. Beziehen Sie Pflegegeld zumindest der Pflegestufe 3?  ja  nein  
 Wenn ja, werden Sie von Ihrem/Ihrer eingetragenen Partner/in gepflegt?  ja  nein
9. Bezieht Ihr/e eingetragene/r Partner/in Pflegegeld zumindest der Pflegestufe 3?  ja  nein
10. Bezieht Ihr/e eingetragene/r Partner/in eine Pension (Rente)?  ja  nein  
 Seit wann? .....  
 Von welcher Stelle (z. B. PVA)? .....  
 Wo ist er/sie krankenversichert? .....  
 Wurde ein Pensions(Renten)antrag gestellt?  ja  nein  
 Wann? ..... Bei welcher Stelle? .....
11. Bezieht Ihr/e eingetragene/r Partner/in 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

- mein/e eingetragene/r Partner/in darüber hinaus nur dann einen Anspruch aus meiner Sozialversicherung hat, wenn er/sie seinen/ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.
- Leistungen der BVA, die zu Unrecht in Anspruch genommen werden, von meinem/meiner eingetragenen Partner/in zurückgefordert werden.

.....  
 Datum und Unterschrift