

SELBSTAUSKUNFT DES PRÄSENZ-/AUSBILDUNGSDIENST LEISTENDEN SOLDATEN

die sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse betreffend

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name:		Sozialversicherungsnummer
Vorname(n):		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner seit		
Hauptwohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.), ist dieser im Ausland, letzter inländischer Wohnsitz:		
E-Mail:		Telefonnummer:
zuletzt pflichtversichert in der Krankenversicherung bei (genaue Bezeichnung des Versicherungsträgers):		Präsenzdienst oder Ausbildungsdienst angetreten am:
Folgende Angehörige gemäß § 123 ASVG sind bei mir mitversichert (siehe Informationsblatt) Die Daten Ihrer Angehörigen müssen jedenfalls beim zuständigen Sozialversicherungsträger erfasst sein. Gegebenenfalls beantragen Sie die Mitversicherung mit der Feststellung der Angehörigeneigenschaft gem. § 123 ASVG.		
Name, Vorname	SVNr.	Verwandtschaftsverhältnis
Ehepartner/eingetragener Partner:		
<input type="checkbox"/> Gehalts-, Lohn-, Rentenempfänger <input type="checkbox"/> in Bezug von Karenzgeld/Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> im Bezug von Beihilfen nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz <input type="checkbox"/> ohne eigenes Einkommen		
zusätzliche Informationen:		

Ich habe den auf dem Informationsblatt wörtlich zitierten § 123 ASVG zur Kenntnis genommen. Ich nehme zur Kenntnis, dass jede **Änderung** des Familienstandes bzw. der Versorgtheit eines Unterhaltsberechtigten unverzüglich **dem Heerespersonalamt** zu **melden** ist. Ich erkläre, dass die von mir gegebenen Auskünfte vollständig und wahrheitsgemäß sind.

....., am

Ort Datum

.....

Unterschrift des Soldaten