

Freiwillige Krankenversicherung

Wer kann sich freiwillig krankenversichern?

Wer seinen Wohnsitz (bei Studenten genügt Aufenthalt) im Inland hat und nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist.

Wo kann man sich freiwillig versichern?

War der Antragsteller bereits nach dem ASVG krankenversichert, ist der Antrag beim zuletzt zuständigen Krankenversicherungsträger einzubringen, wenn der Antragsteller in dessen Bereich seinen Wohnsitz hat. Sonst ist der Antrag bei der für den Wohnsitz (für Studenten bei der für den gewöhnlichen Aufenthalt) zuständigen Gebietskrankenkasse zu stellen.

Wann beginnt die freiwillige Versicherung?

Die Selbstversicherung schließt bei Personen, die nach dem ASVG krankenversichert oder anspruchsberechtigt waren, zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Versicherung bzw. Anspruchsberechtigung an, wenn der Antrag auf Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen gestellt wird.

In allen übrigen Fällen beginnt die Selbstversicherung mit dem auf die Antragstellung folgenden Tag (Ausnahme: Personen, die aus dem Gewerblichen oder dem Bauernsozialversicherungsgesetz ausgeschlossen sind). Beginn des Leistungsanspruches: siehe Abschnitt „Leistungsanspruch und Wartezeit“.

Wann endet die freiwillige Versicherung?

- Mit dem Wegfall der Voraussetzungen (z. B. Wohnsitzverlegung ins Ausland, Pflichtkrankenversicherung nach dem ASVG oder einem anderen Gesetz);
- mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte den Austritt erklärt hat;
- wenn die Beiträge für zwei Kalendermonate rückständig sind, mit Ende des zweiten Kalendermonates.

Nach b) und c) endet die Selbstversicherung frühestens nach Ablauf von 6 Kalendermonaten nach dem Beginn der Versicherung.

Ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung kann in diesem Fall erst nach Ablauf von weiteren 6 Monaten gestellt werden. Dies gilt nicht, wenn der Austritt auf Grund einer Angehörigeneigenschaft nach dem ASVG oder einem anderen Bundesgesetz erklärt wird (z. B. infolge Verhehlung mit einem Versicherten).

Wie hoch ist der Beitrag?

Der Monatsbeitrag ist von der monatlichen **Höchstbeitragsgrundlage zu entrichten (2017 € 5.389,20)**. Der Beitragssatz beträgt **7,55 %**, der Monatsbeitrag daher **€ 406,88** sofern die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten (Arbeitsverdienst, Erwerbseinkommen, sonstige Einkünfte und Vermögensverhältnisse) es rechtfertigen, **ist eine Herabsetzung möglich**. Hierzu ist ein eigener Antrag einzubringen und die wirtschaftlichen Verhältnisse sind nachzuweisen. Diese Beiträge sind für Grenzgänger (§ 16 Abs. 1 Z 4 lit. g EStG) und für alle selbstständig (§ 4 Abs. 4 Z 1 lit. b EStG) und unselbstständig Erwerbstätigen (§ 16 Abs. 1 Z 4 lit. e EStG), welche keiner Pflichtkrankenversicherung unterliegen, als Werbungskosten bzw. als Betriebsausgaben voll steuerlich absetzbar.

Für alle anderen Selbstversicherten sind die Beiträge als Sonderausgaben zu berücksichtigen.

Für Studenten gilt in bestimmten Fällen nach § 76 Abs. 1 Z 2 ASVG ein begünstigter Monatsbeitrag in Höhe von **€ 56,74**. Für Studenten ist die Gebietskrankenkasse des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Studienort) zuständig. Nähere Infos auf www.vgkk.at.

Die Beiträge sind mit Beginn jedes Kalendermonates **im Voraus fällig** und unaufgefordert bis zum 15. des Monats einzuzahlen. Erfolgt die Einzahlung innerhalb von 3 Tagen nach Ablauf der 15 Tage Frist, bleibt diese Verspätung ohne Rechtsfolgen. Für rückständige Beiträge **müssen** Verzugszinsen (derzeit 3,38 %) ab dem 16. Tag berechnet werden.

Meldepflicht für wichtige Änderungen:

Alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen (z. B. Wohnsitzverlegung, Namensänderung, Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse, Beginn einer Pflichtversicherung in der Krankenversicherung usw.) sind **innen einer Woche** der VGKK zu melden.

Leistungsanspruch und Wartezeit:

Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Erfüllung einer **Wartezeit von 6 Monaten** vor Eintritt des Versicherungsfalles (Achtung: der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung als eingetreten). Die Wartezeit **entfällt**, wenn in den unmittelbar vor Beginn der Selbstversicherung vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vor Beginn der Selbstversicherung mindestens sechs Wochen eine gesetzliche Krankenversicherung oder eine Anspruchsbeurteilung als Angehöriger bestand.

Darüber hinaus gibt es für bestehende Krankheiten keinen Leistungsausschluss.

e-card, Betreuungsaufträge:

Die Inanspruchnahme von erforderlichen Leistungen hat mit der e-card zu erfolgen. Bei Reisen in EU- (EWR-) Staaten einschließlich Schweiz sowie Serbien, Bosnien-Herzegowina und Mazedonien kann in Notfällen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (Rückseite der e-card) eine Leistungsanspruchnahme erfolgen. Die Verwendung eines Betreuungsauftrages ist nur noch für Aufenthalte in den Staaten Montenegro und Türkei vorgesehen.

Welche Leistungen werden geboten?

1. Ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung im notwendigen Umfang (ärztliche Hilfe bei freier Arztwahl, Physiotherapie, Psychotherapie u.v.a.m.);
2. Spitalsaufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse und ambulante Spitalsbehandlung (in allen Vertragskrankenanstalten ohne Aufzahlung). Für Angehörige sind während der ersten 28 Tage einer Anstaltspflege in einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt für den Pflegegebührenaufwand (bezogen auf ein Kalenderjahr) täglich € 21,30 vom Versicherten zu tragen;
3. medizinische Hauskrankenpflege (durch Hauskrankenpflegevereine);
4. Beistellung von notwendigen Heilmitteln, Beistellung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln bzw. Leihbehelfen (Selbstbehalt 2017: 10 %, mind. € 33,20); Der Kostenanteil bei der Abgabe von Sehbehelfen beträgt 10 % der Kosten, mindestens jedoch € 99,60 sind



- vom Versicherten (Angehörigen) als Kostenbeteiligung zu tragen.
5. Fahrtkostenersatz, sofern die nächsterreichbare Behandlungsstelle über 80 km entfernt ist; Transportkostenersatz, sofern ein Transport medizinisch notwendig ist;
 6. bei Mutterschaft Übernahme von Kosten für Entbindungsheim- bzw. Spitalsaufenthalt sowie Arzt- und Hebammenkosten. Im Versicherungsfall der Mutterschaft werden auch für Angehörige für die ersten 10 Tage 100 % der Pflegegebührenkosten übernommen.
 7. konservierend-chirurgische Zahnbehandlung und unehtbehrllicher Zahnersatz (im Rahmen der Satzung) bzw. Kostenersatz, Zuschüsse für Zahnersatz und Kieferregulierung;
 8. medizinische Maßnahmen der Rehabilitation:
 - Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen (Selbstbehalt pro Tag bis zu € 19,35)
 - Heilbehelfe, Hilfsmittel (ohne Selbstbehalt);
 9. Kur- und Erholungsaufenthalte oder Zuschüsse hiezu (Vorgenehmigung notwendig) entsprechend den bestehenden Richtlinien;
 10. Vorsorge(Gesunden)untersuchungen ab dem 18. Lebensjahr (jährlich einmal);
 11. sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit; z. B. humangenetische Untersuchungen, Zuschuss zur Zeckenschutzimpfung (€ 3,63).

Schutz für die Familie:

Diese Leistungen werden nicht nur für Selbstversicherte, sondern auch für mitversicherte Angehörige erbracht. Voraussetzung ist, dass die Leistung ärztlich angeordnet bzw. medizinisch notwendig und zweckmäßig ist. Bestimmte Leistungen setzen eine Vorgenehmigung der VGKK voraus.

Beitragsfrei mitversicherte Angehörige sind:

- Ehegatte, Ehegattin, sofern keine Versicherungspflicht nach ASVG oder einem sonstigen Bundesgesetz und kein sonstiger Ausschlussgrund vorliegt. Diese Personen sind nur dann beitragsfrei anspruchsberechtigt, wenn sie sich aktuell der Kindererziehung widmen bzw. zumindest vier Jahre dieser gewidmet haben oder Pflegegeld in der Höhe der Stufe 3 beziehen bzw. den Versicherten in Pflegestufe 3 pflegen.
- Bei Vorliegen von sozialer Schutzbedürftigkeit (Einkommen unter dem Ehepaar-Ausgleichszulagenrichtsatz – € 1.307,89 – oder Befreiung von der Rezeptgebühr) ist gleichfalls eine beitragsfreie Mitversicherung gegeben. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Zusatzbeitrag für Angehörige zu entrichten.
- Kinder (eheliche, uneheliche, Stief-, Pflegekinder, Enkel) bis zum 18. Lebensjahr; darüber hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres bei Schul- und Berufsausbildung.

Info für Grenzgänger in die CH und nach FL

In der Schweiz oder in Liechtenstein beschäftigte Grenzgänger sind grundsätzlich auch dort pflichtkrankenversichert, können sich jedoch befreien lassen, wenn sie einen gleichwertigen Versicherungsschutz in Österreich haben und diesen bei den CH- oder FL-Behörden nachweisen. Diese Option muss innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn erfolgen.

Außer der Selbstversicherung bei der VGKK ist auch eine private österreichische Krankenversicherung möglich, sofern der Versicherungsschutz nachweislich gleichwertig ist, was von den CH- und FL-Behörden geprüft wird. Allenfalls vereinbarte Leistungsabschlüsse gehen zu Lasten des Versicherten.

Ein späterer Wechsel von der privaten in die VGKK-Selbstversicherung (während des aufrechten Dienstverhältnisses) ist nicht möglich!

VGKK-Selbstversicherte müssen die Beiträge pünktlich entrichten. Wer sie zwei Monate lang schuldig bleibt, fällt von Gesetzes wegen aus der VGKK-Selbstversicherung heraus.

Von der Familienversicherung ausgenommen sind: Für alle anderen Angehörigen von Versicherten (z. B. Lebensgefährten) besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn diese im Familienverband leben. Eine eigene Selbstversicherung bei der VGKK ist jedoch möglich.

Diese Information enthält nur die wichtigsten Bestimmungen, Rechtslage Jänner 2017. Es können deshalb daraus keine Ansprüche abgeleitet werden.

ANSPRECHPARTNER
Arbeitsgruppe Versichertenservice

6850 Dornbirn, Jahngasse 4
T 050 84 55 DW 1360, 1363 und 1364
F 050 84 55-87303
service.vs@vgkk.at

Auflage 2017

Medizinischer und Herausgeber:
Vorarlberger Gebietskrankenkasse
6850 Dornbirn, Jahngasse 4
T 050 84 55-0 F 050 84 55-1040
www.vgkk.at