

Welcome to the University of Graz!

We work for
tomorrow



Health insurance: ÖGK

Please directly go to the ÖGK insurance to hand in your documents and ask them to check if you fulfill the requirements. You will receive a confirmation **by post** after a couple of days.

Required documents for ÖGK

- ▶ Filled out & signed application form
- ▶ Copy of passport
- ▶ Record of studies (Studienblatt)
- ▶ Confirmation of enrolment
- ▶ Copy of „Meldezettel“ (=confirmation of residence registration)
- ▶ Insurance coverage periods in EU/EEA countries (if applicable)
- ▶ Previous completed degree (bachelor/master level)

HOW TO FILL OUT THE APPLICATION FORM

A large, thick, yellow curved graphic element that starts from the bottom left, curves upwards and to the right, and then curves back down towards the bottom right, framing the text.

Section 1 – personal info

1	<p>Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung für Studierende (gemäß § 16 Abs. 2 ASVG)</p>
----------	---

*Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers*



<i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➔</i>		Versicherungsnummer			
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen) Last name(s)					
Vorname/n First name(s)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.) Address: zip code, city, street name + number			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit Nationality	
Tel. Nr.	Phone no.	E-Mailadresse	Email address		

**Date of birth:
DD MM YYYY**

ACHTUNG: Ohne Vorlage der aktuellen Fortsetzungsbestätigung und einer Kopie jenes Studienbuchblattes, aus dem ab der Immatrikulation alle Studienrichtungen und deren Dauer ersichtlich sind, kann die Selbstversicherung nicht durchgeführt werden!

Section 2 – previous insurances

Krankenversicherungszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung

I	Pflichtversicherung in Österreich und/oder im Ausland: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
II	Wenn ja, bei welchem Versicherungsträger? _____
III	Und in welchem Zeitraum? von _____ bis _____ <i>ACHTUNG: bei ausländischem Krankenversicherungsträger bitte einen Versicherungsnachweis beilegen!</i>
IV	Anspruchsberechtigung als Angehörige/r - mitversichert von _____ bis _____ bei: _____ Name: _____ Versicherungsnummer: _____
	Beendigung der Mitversicherung wegen <input type="checkbox"/> Überschreitung der Altersgrenze für Schüler/innen/Student/innen <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____ <i>(Nachweise bitte in Kopie beilegen)</i>

I: Compulsory health insurance in Austria and/or abroad – yes or no

II: If yes, with which provider? III: When? from – until

IV: Co-insured with a relative in Austria?

Section 3 - residence

Angaben zu Ihrem Wohnsitz

Haben Sie auch einen Wohnsitz außerhalb Österreichs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Staat?		
In welchem Staat liegt derzeit der Mittelpunkt Ihrer Lebensinteressen?		

Do you also have a residence (home) outside of Austria?

If yes, in which country?

In which country is your current center of vital interest?

Section 4 – your studies

Angaben zu Ihrem Studium

An welcher Lehranstalt sind Sie gemeldet?	Universität Graz
Derzeitige Hauptstudienrichtung:	Name study programme here
Beginndatum:	Start date
Haben Sie die Studienrichtung gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie oft?	Wann?
Haben Sie das Studium aus wichtigen Gründen unterbrochen?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Grund:	
Beziehen Sie während Ihres Studiums ein Einkommen?	Do you have an income? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe? EUR:	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich
Art des Einkommens:	Name type of income (e.g. Gehalt = salary)
Haben Sie bereits ein Hochschulstudium abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Studienrichtung:	

Did you already complete a study programme?

If yes, which one?

Section 5 – form of payment

Zahlungsart: Erlagschein oder Einzugsermächtigung

IBAN

BIC

Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

I: Payment slip or direct debit authorization?

II: if DDA: name your bank details and personally sign!

Section 6 – final declaration

I declare that the information stated above was provided in a true and complete manner. I took note of the information sheet attached to this form. I undertake to inform the insurance about potential changes within one week.

Ich erkläre, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht sowie die umseitig angeführten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich weiters, allfällige Änderungen innerhalb einer Woche zu melden.

Ort und Datum

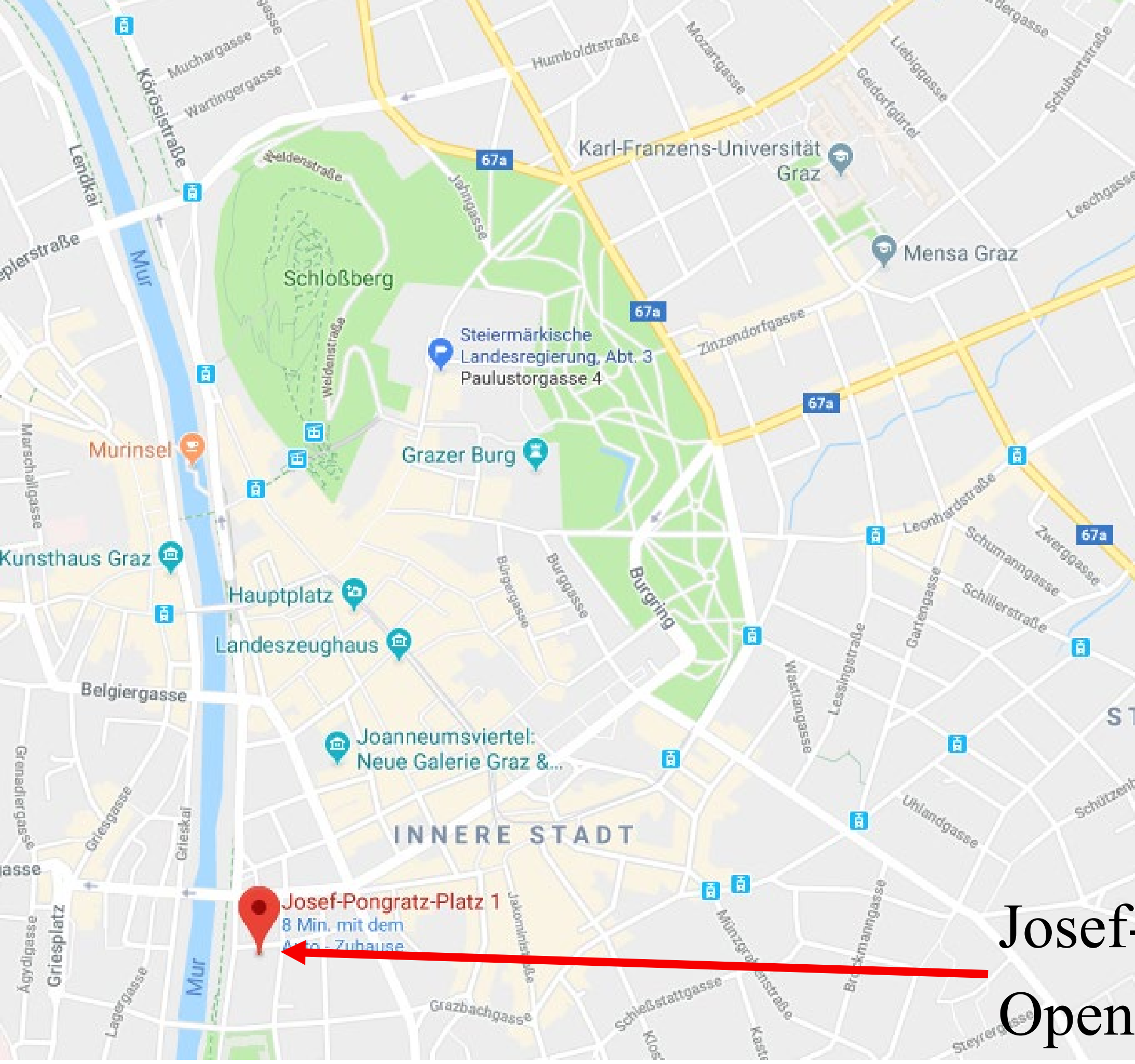
Place and date

Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Signature of applicant

How do I use my insurance?

- E-Card: make sure you have it always with you
- Photo registration may be required for EU/EEA nationals to receive an e-card
- Contact insurance for detailed questions



Location of ÖGK

Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz
Opening hours: Mon-Fri 7am-5pm