

# Ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą

Podstawowe informacje



Szanowni Państwo,

Wszystkie osoby w Austrii, prowadzące samodzielną działalność gospodarczą, są objęte zasadniczo (za wyjątkiem rolników i leśników) ubezpieczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dla gospodarki przemysłowej (SVA). Ponieważ dla poszczególnych grup zawodowych obowiązują różne przepisy, związane z ubezpieczeniem społecznym, zdecydowaliśmy o osobnym przedstawieniu najważniejszych informacji. Niniejsza broszura zawiera cenne informacje dla osób oraz współników prowadzących działalność gospodarczą, którzy po raz pierwszy podjęli samodzielną działalność w 2017 r. Osoby wykonujące wolne zawody oraz samodzielną działalność w ramach umowy o dzieło objęte są innymi przepisami, które nie są tutaj omówione (broszura informacyjna „Pierwsze informacje dla osób wykonujących wolne zawody oraz samodzielną działalność w ramach umowy o dzieło”).

Niestety, w informacjach podstawowych nie da się omówić wszystkich szczegółowych uregulowań. Dlatego w celu wyjaśnienia nurtujących Państwa kwestii z zakresu ubezpieczenia społecznego, pragnę zaproponować osobiste spotkanie z pracownikami i pracownikami SVA. Chętnie udziela Państwu osobiście informacji.



Dr. Christoph Leitl  
Prezes

# Spis treści

|           |  |
|-----------|--|
| <b>3</b>  | <b>INFORMACJE OGÓLNE, DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ I WSPÓLNIKÓW</b> |
| 4         | Początek ubezpieczenia   |
| 5         | Wyłączenia z ubezpieczenia obowiązkowego   |
| <b>8</b>  | <b>SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE</b>   |
| 8         | Podstawa wymiaru składki   |
| 9         | Stawki składek   |
| 13        | Ubezpieczenie wielokrotne  |
| <b>16</b> | <b>UBEZPIECZENIE EMERYTALNE</b>  |
| 16        | Organ emerytalny   |
| 16        | Organ właściwy dla ubezpieczenia wielokrotnego   |
| 17        | Przegląd świadczeń   |
| 17        | Obliczanie emerytury   |
| 20        | Wyższe ubezpieczenie   |
| <b>21</b> | <b>ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO</b>   |
| 21        | Grupy osób objęte ubezpieczeniem   |
| 23        | Świadczenia rzeczowe i pieniężne   |
| 24        | Opcje w ubezpieczeniu zdrowotnym na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym w działalności gospodarczej (GSVG)   |
| 25        | Przegląd świadczeń   |
| <b>35</b> | <b>UBEZPIECZENIE WYPADKOWE</b>   |
| <b>38</b> | <b>WSPARCIE PRZY ZAKŁADANIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ</b>  |
| <b>40</b> | <b>ZABEZPIECZENIE EMERYTALNE OSÓB PROWADZĄCYCH SAMODZIELNĄ DZIAŁALNOŚĆ</b>   |
| <b>42</b> | <b>UBEZPIECZENIE NA WYPADEK BEZROBOCIA</b>   |

# 1. Informacje ogólne, dotyczące ubezpieczenia społecznego osób prowadzących działalność gospodarczą i wspólników

Jakie ustawy dotyczą mojego ubezpieczenia?

- GSVG:** Ustawa o ubezpieczeniu społecznym w działalności gospodarczej
- ASVG:** Ustawa o ogólnym ubezpieczeniu społecznym
- FSVG:** Ustawa o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących wolne zawody i prowadzących samodzielną działalność
- BSVG:** Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników
- NVG:** Ustawa o ubezpieczeniu notariuszy
- B-KUVG:** Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym i wypadkowym urzędników

Pod jakimi warunkami SVA jest organem właściwym dla mojego ubezpieczenia?

SVA jest instytucją realizującą ubezpieczenie społeczne **osób prowadzących samodzielną działalność**. Niniejsza broszura skierowana jest do **osób prowadzących działalność gospodarczą** oraz do **wspólników**. W przypadku tych osób istnieje zasadniczo obowiązek ubezpieczenia w SVA. Zawarte tu informacje dotyczą więc:

- osób, które otrzymały pozwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej
- wspólników w spółkach jawnych\*
- odpowiadających osobiście wspólników (komplementariuszy) w spółkach komandytowych\*
- wspólników spółek z o.o. zasiadających w zarządzie\*, jeśli nie są objęci obowiązkowym ubezpieczeniem na podstawie ASVG.

\* Jeśli spółka jest członkiem Izby Gospodarczej.

Wymienione grupy osób są ubezpieczone w następujących obszarach:

- **ubezpieczenie emerytalne GSVG**
- **ubezpieczenie zdrowotne GSVG**
- **ubezpieczenie wypadkowe ASVG**

### Co muszę zrobić na początku ubezpieczenia?

Na początku ubezpieczenia otrzymają Państwo od nas list powitalny, w którym poinformujemy Państwa o rozpoczęciu ubezpieczenia oraz o Państwa pozostałych możliwościach.

Do listu powitalnego dołączone będzie oświadczenie ubezpieczeniowe oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody. Formularze te są nam potrzebne do tego, żeby skontrolować Państwa dane osobowe i sprawdzić, czy ewentualnie nie zachodzi wyjątek od ubezpieczenia społecznego dla osób prowadzących działalność gospodarczą, a także — ażeby móc szybko i w nieskomplikowany sposób udzielać Państwu informacji telefonicznie lub pocztą elektroniczną. Formularze te są również dostępne do wypełnienia w Internecie i możecie je Państwo przesłać nam drogą elektroniczną.

### Kiedy rozpoczyna się ubezpieczenie obowiązkowe?

Ubezpieczenie obowiązkowe w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, emerytalnego i wypadkowego rozpoczyna się w dniu, w którym wystąpiły ku temu przesłanki.

## Przykłady

### Początek ubezpieczenia obowiązkowego

- dzień zgłoszenia działalności gospodarczej
- dzień otrzymania koncesji
- dzień przystąpienia do spółki jawnej w charakterze wspólnika
- dzień powołania na komplementariusza spółki komandytowej
- dzień powołania w skład zarządu spółki z o.o.
- itp.

### W jakich przypadkach jestem wyłączony z ubezpieczenia obowiązkowego?

Wyłączenie z ubezpieczenia obowiązkowego oznacza, że nie są Państwo ubezpieczeni, ani nie muszą płacić składek. Gdy ustanie przyczyna wyłączenia, są Państwo (ponownie) objęci ubezpieczeniem obowiązkowym.

### Wyłączenia z ubezpieczenia emerytalnego, zdrowotnego i wypadkowego

- **Zawieszenie zezwolenia na prowadzenie działalności**

W przypadku zawieszenia zezwolenia na prowadzenie działalności są Państwo wyłączeni z całego ubezpieczenia społecznego GSVG. Zawieszenie zezwolenia na prowadzenie działalności („przerwa w działalności”) musi być **zgłoszone** w odpowiedniej **organizacji reprezentacji interesów** (Izba Gospodarcza).

#### **Uwaga:**

Zgłoszenie zawieszenia jest możliwe na okres maksymalnie 18 miesięcy **wstecz**. Jeśli w tym czasie ubezpieczony korzystał ze świadczeń ubezpieczenia (np. wizyta u lekarza, pobyt w szpitalu), nie ma możliwości zgłoszenia zawieszenia działającego wstecz w tym zakresie ubezpieczenia.

- **Zawieszenie zezwolenia na prowadzenie działalności w okresie ustawowej ochrony kobiety pracującej w czasie ciąży i po porożu (Mutterschutz)**

**W okresie pobierania zapomogi z tytułu ciąży i urodzenia dziecka** przysługuje kobietom prawo do przerywania samodzielnie prowadzonej działalności i **zgłoszenie**, we właściwej organizacji reprezentującej interesy zawodowe, zawieszenia **zezwożenia na prowadzenie działalności**. Nie powoduje to utraty prawa do pobierania zapomogi z tytułu ciąży i urodzenia dziecka!

W okresie zawieszenia obowiązuje częściowe ubezpieczenie emerytalne pod warunkiem, że w tym okresie kobieta nie jest objęta żadnym innym obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym. W ten sposób można uniknąć niedogodności związanych z prawem do emerytury! W tym czasie przysługuje również prawo do korzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem zdrowotnym!

**Uwaga:**

Wyłączenie to jest możliwe wyłącznie w odniesieniu do osób płci żeńskiej oraz takich, które w momencie zawieszania działalności posiadały obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, zgodnie z wymogami określonymi w austriackiej ustawie o ubezpieczeniu społecznym przedsiębiorców (GSVG). Prawo do zapomogi z tytułu ciąży i urodzenia dziecka przysługuje w okresie zawieszenia tylko wtedy, jeśli dana osoba podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy przed rozpoczęciem okresu zawieszenia!

- **Wydzierżawienie zakładu przemysłowego** (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą i właścicieli koncesji, nie dotyczy wspólników)

W przypadku wydzierżawienia zezwolenia na prowadzenie działalności są Państwo wyłączeni z całego ubezpieczenia społecznego GSVG. Wydzierżawienie zezwolenia należy zgłosić w **urzędzie kontrolującym działalność gospodarczą** (urząd okręgowy lub magistrat).

**Wyłączenia z ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego**

- **Wyłączenie z powodu niskich przychodów** (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą i właścicieli koncesji, nie dotyczy wspólników)

Osoby spełniające poniższe warunki mogą złożyć wniosek o wyłączenie z ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego GSVG, jeśli

- w ciągu ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych były objęte obowiązkowym ubezpieczeniem w ramach GSVG/FSVG **nie dłużej niż 12 miesięcy kalendarzowych** lub
- ukończyły **60. rok życia**

i

- ich **obroty nie przekroczyły kwoty 30 000 euro** rocznie
- **przychody** z tej działalności nie przekroczyły kwoty **5108,40 euro** rocznie (wartość na rok 2017)

lub

- ukończyły **57 rok życia** i w ciągu **5 lat** przed złożeniem wniosku
  - ich **obroty nie przekroczyły kwoty 30 000 euro** rocznie.
  - Przychody z tej działalności nie przekroczyły kwoty **5108,40 euro** rocznie (wartość na rok 2017).
  - ich obroty i przychody **nadal** są niższe od tych kwot granicznych.

- **Wyjątek:**

**Okres wcześniejszego ubezpieczenia nie odgrywa żadnej roli**, jeśli wniosek o wyłączenie jest składany **podczas okresu pobierania zasiłku wychowawczego (Kinderbetreuungsgeld)** względnie podczas **częściowego ubezpieczenia w okresie wychowywania dzieci**.

**Uwaga:**

**Zwolnienie z obowiązkowego ubezpieczenia** prowadzi zawsze do tego, że w przedmiotowym zakresie ubezpieczenia kobieta **nie posiada już prawa do korzystania ze świadczeń**.

Oznacza to, że

- w przypadku wyłączenia z **ubezpieczenia emerytalnego**: do okresów ubezpieczenia emerytalnego nie są doliczane żadne dodatkowe okresy ubezpieczeniowe.
- w przypadku wyłączenia z **ubezpieczenia zdrowotnego**: nie można korzystać z żadnych świadczeń na koszt zakładu ubezpieczeniowego SVA, jak na przykład pomoc lekarska lub opieka szpitalna.

**Wyjątki:**

**Podczas pobierania zasiłku wychowawczego (Kinderbetreuungsgeld)**

kobieta podlega ochronie ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz zalicza się jej okresy do ubezpieczenia emerytalnego (o ile prawa do ubezpieczenia nie zostały już nabyte). **Podczas urlopu wychowawczego** kobieta objęta jest częściowym ubezpieczeniem emerytalnym (maks. 48 lub 60 miesięcy kalendarzowych na dziecko). Również w ten sposób nabywane są okresy ubezpieczeniowe, zaliczane do ubezpieczenia emerytalnego.



## 2. Składki ubezpieczeniowe

Osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz wspólnicy opłacają składki ubezpieczenia emerytalnego, zdrowotnego i wypadkowego. Składki naliczane są przez nas kwartalnie. Składki muszą być opłacone do końca drugiego miesiąca każdego kwartału. Czyli do

- 28/29 lutego
- 31 maja
- 31 sierpnia
- 30 listopada

Ponadto roku istnieje także **możliwość**, aby SVA pobierało wymagane składki w **miesięcznych składkach częściowych** – jeśli będą sobie Państwo tego życzyć i złożą stosowny wniosek. Zaleta: Można lepiej skoordynować ze sobą terminy płatności (np. ubezpieczenia społecznego i podatku dochodowego) i uniknąć problemów z płynnością finansową. Jeśli się Państwo na to zdecydują, otrzymają Państwo jeszcze przed naliczeniem wymiaru składki informacje o jej wysokości i terminie płatności.

### **Uwaga:**

Za miesiąc, w którym rozpoczyna się obowiązkowe ubezpieczenie, należy również zapłacić **pełną miesięczną składkę ubezpieczeniową!**

### Ile wynoszą moje składki?

**Ubezpieczenie emerytalne i zdrowotne** Wysokość Państwa składek zależy od przychodów osiąganych z działalności objętej ubezpieczeniem.

**Ubezpieczenie wypadkowe:** opłacana jest stała składka miesięczna, niezależnie od wysokości przychodów.

Wysokość przychodów stanowiących podstawę do obliczenia wysokości składek podaje nam Federalny Urząd Obrachunkowy. W tym celu należy podać swój **numer identyfikacji podatkowej**.

W wyjątkowych przypadkach może się zdarzyć, że wymiana danych nie będzie działać. W takim przypadku poprosimy o przesłanie nam decyzji o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej.

## Co to jest podstawa wymiaru składki?

Na podstawie wymiaru składki obliczana jest konkretna składka ubezpieczeniowa. Składki na ubezpieczenie emerytalne i zdrowotne są obliczane wg następującego wzoru:

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{podstawa wymiaru} \\ \text{składki} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{stawka} \\ \text{składki} \end{array}} = \boxed{\begin{array}{c} \text{składka} \end{array}}$$

Państwa składka to konkretna część wyrażona w procentach (= stawka składki) z Państwa podstawy wymiaru składki

### Uwaga:

Rozróżniamy „tymczasowe” i „ostateczne” podstawy wymiaru składki.

- Występują trzy minimalne podstawy wymiaru składki, ograniczające dolną wysokość składki.
- Występuje jedna maksymalna podstawa wymiaru składki, ograniczająca górną wysokość składki.

## Ile wynosi stawka składki?

|                          | Stawka składki |
|--------------------------|----------------|
| ubezpieczenie emerytalne | 18,50%         |
| ubezpieczenie zdrowotne  | 7,65%          |

## Ile wynosi moja podstawa wymiaru składki?

Państwa podstawa wymiaru składki jest ograniczona od góry przez **maksymalną podstawę wymiaru składki** oraz od dołu przez **minimalną podstawę wymiaru składki**:

ustawowa minimalna podstawa wymiaru składki (minimum) **Państwa podstawa wymiaru składki** □ ustawowa maksymalna podstawa wymiaru składki (maksimum)

Państwa podstawa wymiaru składki jest ustalana na podstawie przeciętnych przychodów z okresu działalności zarobkowej, objętej ubezpieczeniem, wykazanych w **decyzji o wymiarze podatku dochodowego**. Do podstawy wymiaru składki 2017 decydująca jest decyzja o wymiarze podatku dochodowego 2017.

## Należy doliczyć składki ubezpieczeniowe!

W decyzji o wymiarze podatku dochodowego składki ubezpieczeniowe traktowane są jako koszty prowadzenia działalności i w związku z tym przychody są pomniejszane o te składki. Do podstawy wymiaru składki należy więc, oprócz wspomnianych wyżej przychodów, **doliczyć składki na ubezpieczenie emerytalne i zdrowotne** wg GSVG, które w danym roku kalendarzowym zostały Państwu **naliczone**. Osoby prowadzące samodzielną działalność i podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie ASVG (np. artyści, lekarze weterynarii itp.), muszą doliczyć także **składki ASVG**. Jeśli zdecydowali się Państwo na dobrowolne ubezpieczenie na wypadek bezrobocia (patrz p. 8), należy także doliczyć składki na to ubezpieczenie.

## Co to jest tymczasowa podstawa wymiaru składki?

W okresie, gdy dla danego roku nie wydano jeszcze decyzji o wymiarze podatku dochodowego, stosujemy **tymczasową podstawę wymiaru składki**. Rozróżnia się przy tym dwa przypadki:

- osoby **nowo** u nas ubezpieczone: w odniesieniu do tych osób jako tymczasową podstawę stosuje się **minimalną podstawę wymiaru składki**.
- osoby **już u nas ubezpieczone**: tymczasowa podstawa obliczana jest na podstawie **przychodów uzyskiwanych sprzed trzech lat** (2014 na rok 2017) oraz ustalonych wówczas zaliczek na ubezpieczenie emerytalne i zdrowotne. Sumę tych zaliczek „**zaktualizujemy**” tak, aby wyrównać poziom inflacji (współczynnik 2017: 1,077), a następnie podzielimy ją przez liczbę miesięcy, w których byli Państwo ubezpieczeni przed trzema laty. Wynik stanowi tymczasową podstawę wymiaru składki.

## Przykład

W 2016 r. byli Państwo u nas objęci obowiązkowym ubezpieczeniem przez 10 miesięcy i w tym czasie osiągnęli Państwo łączne przychody 32 000 euro (objęte obowiązkowym ubezpieczeniem). Przychody „zaktualizowane” na rok 2017 wynoszą 34 464 euro ( $32\,000 \times 1,077$ ). Tymczasowa podstawa wymiaru Państwa składki na rok 2017 wynosi miesięcznie 3 446,40. euro ( $34\,464 \div 10$ ).

## W jaki sposób ustalana jest ostateczna podstawa wymiaru składki?

Gdy tylko wpłynie **decyzja o wymiarze podatku dochodowego** dotycząca roku składkowego, ustalana jest ostateczna podstawa wymiaru składki. Odbywa się to przez podzielenie

sumy przychodów osiągniętych z działalności oraz naliczonych w danym roku składek na ubezpieczenie emerytalne i zdrowotne przez ilość miesięcy objętych obowiązkowym ubezpieczeniem w danym roku składkowym.

Następnie porównywane są składki zapłacone, zgodnie z tymczasową podstawą wymiaru składki, ze składkami, które byłyby należne zgodnie z ostateczną podstawą wymiaru składki. Ten proces określa się pojęciem „**korekty naliczania**”, w konsekwencji może nastąpić konieczność dopłaty składek bądź zwrot składek.

### Czy istnieje minimalna kwota mojej podstawy wymiaru składki?

Osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem muszą opłacać określoną minimalną sumę tytułem składki, nawet jeśli osiągają tylko niskie dochody. Ta minimalna składka ustalana jest wg tzw. minimalnej podstawy wymiaru składki. W przypadku ubezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego obowiązują różne minimalne podstawy wymiaru składki.

|                          | miesięczna minimalna podstawa wymiaru składki |
|--------------------------|---|
| ubezpieczenie emerytalne | 723,52 euro (wartość na rok 2017)             |
| ubezpieczenie zdrowotne  | 425,70 euro (wartość na rok 2017)             |

### Czy istnieje maksymalna kwota mojej podstawy wymiaru składki?

**Maksymalna podstawa wymiaru składki** to najwyższa możliwa podstawa, jaką można przyjąć w celu ustalenia składek. Nawet w przypadku osiągnięcia przychodów zaliczanych do ubezpieczenia, wykraczających poza tę sumę, składki są naliczane wg maksymalnej podstawy wymiaru składki. Tymczasowa i ostateczna maksymalna podstawa wymiaru składki w roku 2017 wynosi **5810 euro miesięcznie** (69 720 euro rocznie) zarówno dla składek tymczasowych, jak i ostatecznych.

### Wniosek o podwyższenie podstawy wymiaru składki w ubezpieczeniu emerytalnym

W celu **poplepszenia swoich świadczeń emerytalnych** można na trzy pierwsze lata obowiązkowego ubezpieczenia złożyć wniosek o podwyższenie ostatecznej podstawy wymiaru składki do **maksymalnej podstawy wymiaru składki** ze względu na **inwestycje związane z założeniem działalności gospodarczej**. Wniosek ten można złożyć do dnia emerytury. Różnicę składek należy dopłacić (wraz z ewentualną rewaloryzacją).

Osoby prowadzące działalność lub wspólnicy podczas trzech pierwszych lat od rozpoczęcia działalności

### Stała podstawa wymiaru składki dla osób rozpoczynających działalność

Aby koszty ubezpieczenia społecznego były możliwe do skalkulowania, dla **osób rozpoczynających działalność (nowych członków izby przemysłowej)** w dwóch pierwszych latach kalendarzowych obowiązkowego ubezpieczenia w zakresie **ubezpieczenia zdrowotnego** obowiązuje stała podstawa wymiaru składki, wynosząca **425,70 euro** miesięcznie (wartość na rok 2017). Naliczanie składek nie podlega korekcie. W trzecim roku obowiązkowego ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego obowiązuje minimalna podstawa wymiaru składki jako tymczasowa podstawa wymiaru składki.

W zakresie ubezpieczenia emerytalnego obowiązuje minimalna podstawa wymiaru składki przez wszystkie trzy lata, jako tymczasowa podstawa naliczania składki.

#### Uwaga:

Te regulacje dotyczą zawsze **lat kalendarzowych**.

**Przykład:** Rozpoczęli Państwo działalność w lipcu danego roku. Ze stałej podstawy wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego można korzystać przez 18 miesięcy.

| <b>(minimalna) podstawa wymiaru składki dla rozpoczynających działalność (miesięcznie)</b> | <b>maksymalna miesięczna podstawa wymiaru składki</b> |
|--|---|
| ubezpieczenie emerytalne 723,52 euro<br>ubezpieczenie zdrowotne 425,70 euro                | 5810 euro   |
| <b>składka na ubezpieczenie emerytalne (kwartalnie)</b><br>401,55 euro                     | 3146,85 euro  |
| <b>składka na ubezpieczenie zdrowotne (kwartalnie)</b><br>97,71 euro                       |   |
| <b>składka na ubezpieczenie wypadkowe (kwartalnie)</b><br>27,99 euro                       |   |

## Składki na rok 2017 (dla rozpoczynających działalność)

### Kiedy jestem wielokrotnie ubezpieczony?

**Wielokrotne ubezpieczenie** w zakresie ubezpieczenia emerytalnego, zdrowotnego i wypadkowego występuje, gdy osoba obok samodzielnie wykonywanej działalności zarobkowej,

- wykonuje także objętą ubezpieczeniem **niesamodzielną działalność zarobkową**;
- prowadzi **gospodarstwo rolne/leśne**.

Skutki wielokrotnego ubezpieczenia:

- **ubezpieczenie emerytalne**: składki są zliczane razem. Dzięki temu przyznana zostanie wyższa emerytura.
- **ubezpieczenie zdrowotne**: ubezpieczony ma prawo wyboru spośród różnych ubezpieczeń zdrowotnych.
- **ubezpieczenie wypadkowe**: ubezpieczony jest objęty ochroną w każdej ubezpieczonej działalności zarobkowej.

### Jestem wielokrotnie ubezpieczony. Co się stanie, jeśli suma moich przychodów przekroczy maksymalną podstawę wymiaru składek?

Osoby wielokrotnie ubezpieczone muszą w każdym obejmującym je systemie opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne i emerytalne. W tym celu zliczane są poszczególne **podstawy wymiaru składek**. Maksymalna podstawa wymiaru składki jest we wszystkich ustawach taka sama. W przypadku osoby wielokrotnie ubezpieczonej podstawa ta stanowi również **górną granicę sumy podstaw wymiaru składek**.

Maksymalną podstawę wymiaru składki dla danego roku składkowego można ustalić na podstawie następującego wzoru:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{maksymalna miesięczna} \\ \text{podstawa wymiaru składki} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{ilość miesięcy objętych} \\ \text{obowiązkowym} \\ \text{ubezpieczeniem w} \\ \text{działalności zarobkowej} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{maksymalna} \\ \text{podstawa wymiaru} \\ \text{składki na rok} \\ \text{składkowy} \\ \hline \end{array}$$

Osoby wielokrotnie ubezpieczone, które mogą w sposób wiarygodny poświadczyć, że suma ich rocznych podstaw wymiaru składek będzie wyższa od maksymalnej podstawy wymiaru składek, mogą płacić niższe składki lub nawet nie płacić składek w ramach ubezpieczenia emerytalnego osób wykonujących samodzielną działalność zarobkową. Jednakże w tym celu należy złożyć odpowiedni wniosek (**naliczanie różnicy wymiaru składek**).

### Uwaga:

W roku bieżącym jeszcze nie wiadomo, ile miesięcy dana osoba będzie podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu. W związku z tym na ten rok nie jesteśmy w stanie ustalić maksymalnej podstawy wymiaru składki. Dlatego też naliczanie różnicy wymiaru składki będzie wykonywane tymczasowo **co miesiąc**:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{maksymalna} \\ \text{miesięczna podstawa} \\ \text{wymiaru składki} \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{miesięczna podstawa} \\ \text{wymiaru} \\ \text{składki z niesamodzielnej} \\ \text{działalności zarobkowej} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{podstawa różnicy} \\ \text{wymiaru składki} \\ \text{(= podstawa} \\ \text{wymiaru składki GSVG)} \\ \hline \end{array}$$

Gdy znane będą już ostateczne podstawy wymiaru składek, ostatecznie naliczone zostaną składki GSVG. Może to skutkować koniecznością dopłaty lub uznaniem nadpłaty składek. Górną granicą także w tym przypadku jest **roczna** maksymalna podstawa wymiaru składki.

### Także przy następujących ubezpieczeniach wielokrotnych można złożyć wniosek o naliczanie różnicy składki:

- osoby osiągające przychody z działalności zarobkowej, zaliczanej do obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu GSVG, i jednocześnie pobierające emeryturę (naliczanie różnicy możliwe tylko w ubezpieczeniu zdrowotnym).
- osoby prowadzące działalność gospodarczą i jednocześnie **gospodarstwo rolne/leśne** (wniosek składany w SVA rolników).

Jestem urzędnikiem i jednocześnie prowadzę działalność gospodarczą lub gospodarstwo rolne/leśne. Czy dotyczą mnie przepisy wielokrotnego ubezpieczenia?

### Ubezpieczenie emerytalne:

W ubezpieczeniu emerytalnym osób prowadzących działalność gospodarczą i rolników należy opłacać **składki do maksymalnej podstawy wymiaru składki** (bez ubezpieczenia wielokrotnego).

### Ubezpieczenie zdrowotne:

W ubezpieczeniu zdrowotnym maksymalna podstawa wymiaru składki obowiązuje w odniesieniu do sumy wszystkich działalności zarobkowych. W tym przypadku jest więc **możliwe naliczanie różnicy składki**.

Nie składałem wniosku o naliczanie różnicy składki i wskutek wielokrotnego ubezpieczenia płaciłem składki przekraczające maksymalną podstawę wymiaru składki. Czy dostanę zwrot tych składek?

#### **Ubezpieczenie emerytalne:**

Nadpłacone składki są **automatycznie zwracane** z chwilą przejścia na emeryturę. Jednakże na wniosek można otrzymać zwrot składek wcześniej. Jest to możliwe, gdy będziemy mogli ostatecznie naliczyć nadpłatę.

#### **Ubezpieczenie zdrowotne:**

Nadpłacone składki mogą zostać zwrócone na **wniosek**. Wniosek musi zostać złożony do końca trzeciego roku kalendarzowego, następującego po roku składkowym. (wniosek dotyczący roku 2016 musi zostać złożony najpóźniej w 2019 r.)

#### **Czy wielokrotne ubezpieczenie ma wpływ na minimalną podstawę wymiaru składek?**

W przypadku ubezpieczenia na podstawie GSVG z ubezpieczeniem na podstawie ASVG dla składek płaconych na podstawie GSVG nie obowiązuje żadna wartość minimalna, jeśli **suma ze wszystkich podstaw wymiaru składek** osiągnie **minimalną podstawę wg GSVG**.

Składki na podstawie GSVG przy ubezpieczeniu wielokrotnym są odprowadzane tylko od rzeczywistych przychodów z działalności. Na przykład **nie ma konieczności opłacania składek GSVG** w przypadku braku przychodów (lub notowania strat) w zakresie GSVG, i jeśli ponadto pozostałe przychody osiągają poziom minimalnej podstawy wymiaru składek wg GSVG. Jeśli jednak inne przychody są niższe niż minimalna podstawa naliczania wg GSVG, różnica ta jest podstawą dla składek wg GSVG.

W przypadku ubezpieczenia wielokrotnego na podstawie GSGV i B-KUVG przepisy te obowiązują jedynie w odniesieniu do ubezpieczenia zdrowotnego!



### 3. Ubezpieczenie emerytalne

Osobom rozpoczynającym ubezpieczenie myśl o przyszłej emeryturze zazwyczaj nie zaprzęta za bardzo głowy. Z tego powodu rozdział traktujący o ubezpieczeniu emerytalnym będzie krótki.

#### **Uwaga:**

Okresy ubezpieczeń, nabyte w innych systemach ubezpieczeń emerytalnych, zostaną zaliczone do emerytury. Przejście do systemu ubezpieczeń społecznych osób prowadzących działalność gospodarczą nie oznacza żadnych strat dla ubezpieczonego. W **ustawach o ubezpieczeniu emerytalnym** przewidziano, że **okresy ubezpieczeniowe** są zliczane razem.

#### Jaka instytucja jest właściwa w przypadku mojej emerytury?

Również w przypadku, gdy podczas swojego życia nabyli Państwo okresy ubezpieczeniowe w wielu zakładach ubezpieczeniowych, na koniec tylko **jeden z tych zakładów ubezpieczeniowych** jest właściwy w kwestii naliczenia i wypłacania Państwa emerytury. Jest to ten zakład, w którym w okresie ostatnich 15 lat nabyli Państwo najwięcej miesięcy ubezpieczeniowych. Ten zakład bierze pod uwagę wszystkie okresy ubezpieczeniowe, nabyte przez Państwa u innych ubezpieczycieli, tak jakby były to jego własne okresy ubezpieczeniowe. Stosuje przy tym wyłącznie przepisy obowiązujące w tym zakładzie.

#### W określonych okresach czasu byłem wielokrotnie ubezpieczony. Do którego ubezpieczenia emerytalnego zostaną doliczone te okresy?

Osoby wykonujące działalność samodzielną i niesamodzielną mogą nabywać miesiące składkowe w wielu systemach ubezpieczeń emerytalnych. Następnie jednakże konieczne jest przypisanie tych okresów składkowych jednemu zakładowi ubezpieczeń. Odbывается się to wg następujących zasad:

- ASVG + GSVG --> wszystkie miesiące ubezpieczenia zaliczane są do ubezpieczenia emerytalnego ASVG. (nawet jeśli dochody na podstawie GSVG są wyższe)
- GSVG + BSVG --> wszystkie miesiące ubezpieczenia zaliczane są do ubezpieczenia emerytalnego GSVG. (nawet jeśli dochody na podstawie BSVG są wyższe)

W celu obliczenia emerytury uwzględniane są podstawy wymiaru składek wszystkich ubezpieczeń występujących w ubezpieczeniu wielokrotnym.

### Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie emerytalne?

Celem ubezpieczenia emerytalnego jest finansowe zabezpieczenie ubezpieczonego i członków jego rodziny na **starość**, na wypadek **niezdolności do pracy**, a także po **śmierci** ubezpieczonego. Najważniejszym świadczeniem jest emerytura. Istnieją następujące formy:

- emerytura (kobiety od 60/mężczyźni od 65 roku życia)
- wcześniejsza emerytura przy długim okresie ubezpieczenia
- emerytura pomostowa
- emerytura w związku z wykonywaniem ciężkiej pracy
- renta z powodu niezdolności do pracy (niezależnie od wieku)
- renta wdowia, renta po śmierci partnera ze związku partnerskiego
- renta rodzinna

#### **Uwaga:**

Każdy wniosek o rentę inwalidzką traktuje się w pierwszym rzędzie jako wniosek o środki na rehabilitację. Ustawa przyznaje na określonych warunkach prawo do ubiegania się o powyższe środki na rehabilitację, jeżeli pozwolą one ograniczyć niezdolność do wykonywania pracy.

### Zabezpieczenie zdrowotne

Obok emerytury ubezpieczenie emerytalne finansuje także pobyty w kurortach i sanatoriach lub przyznaje dofinansowanie.

### Jak obliczana jest moja emerytura?

Poprzez harmonizację emerytur w 2005 r. wprowadzono jednorodny system emerytalny:

- osoby urodzone po dniu 1 stycznia 1955 r.: w odniesieniu do tych osób od dnia 1 stycznia 2005 r. obowiązuje konto emerytalne.
- osoby urodzone przed dniem 1 stycznia 1955 r.: osoby te objęte są nadal starym prawem emerytalnym (sprzed 2005 roku).

W okresie między 2024 a 2032 r. wiek emerytalny kobiet zostanie zrównany z wiekiem emerytalnym mężczyzn.

## Obliczanie emerytury dla osób urodzonych po dniu 1 stycznia 1955 r.:

Dla tych osób od dnia 1 stycznia 2005 r. zostało założone konto emerytalne, na którym można sprawdzić swoją emeryturę. Wpłata każdej składki powoduje zwiększenie prawa do emerytury. Stare wpłaty składek są waloryzowane odpowiednio do poziomu płac.

### **Od kiedy zaczyna funkcjonować moje konto emerytalne?**

Prowadzenie konta rozpoczyna się z rokiem kalendarzowym, w którym dana osoba po raz pierwszy zawarła stosunek ubezpieczeniowy z ubezpieczeniem emerytalnym.

### **Kiedy przestaje funkcjonować moje konto emerytalne?**

Konto emerytalne przestaje funkcjonować w tym roku kalendarzowym, w którym przypada dzień przejścia na emeryturę.

Na koncie emerytalnym rejestrowane są podstawy wymiaru składek za wszystkie okresy ubezpieczenia. Są to np.:

- działalność zarobkowa
- wychowanie dzieci
- czynna służba wojskowa i służba zastępcza
- bezrobocie
- okresy dobrowolnego ubezpieczenia

### **Zasada 65-45-80**

Przechodząc na emeryturę w wieku **65 lat** po **45 latach ubezpieczenia otrzymuje się 80%** łącznego **średniego miesięcznego dochodu** (brutto, do wysokości maksymalnej podstawy wymiaru składki) tytułem emerytury.

#### **Uwaga:**

W przypadku **wcześniejszego przejścia na emeryturę** (emerytura pomostowa od 62 roku życia) należy liczyć się z **niższym uposażeniem**. W przypadku przejścia na emeryturę **później** niż w 65 roku życia emerytura będzie **wyższa**.

## Uzyskali Państwo miesiące ubezpieczeniowe przed rokiem 2005

Również i Państwa emerytura wynika wyłącznie z rachunku emerytalnego. Z dniem 1 stycznia 2014 r. został uproszczony dotychczasowy skomplikowany system obliczeń. Ustalimy na dzień 1 stycznia 2014 r. **kapitał początkowy na koncie**. Będzie on uwzględniać wszystkie okresy ubezpieczeniowe do 31 grudnia 2013 r. i zostanie zapisany jak łączny kapitał na dobro obecnego rachunku emerytalnego za rok 2013. Informację o kapitale początkowym na koncie otrzymają Państwo automatycznie.

Od 2014 r. za każdy następny rok na konto emerytalne będą przelewane Państwa składki, które będą doliczane do kapitału początkowego na koncie. Kwoty te będą co roku waloryzowane i w sumie będą stanowiły łączną kwotę przelewaną na Państwa konto. Po podzieleniu tej kwoty przez 14 otrzymujemy miesięczną wartość emerytury brutto. Przyszłe okresy ubezpieczeniowe oraz potrącenia przy wcześniejszym przejściu na emeryturę nie są w tej kwocie uwzględnione.

### Obliczanie emerytury dla osób urodzonych przed dniem 1 stycznia 1955 r.:

O wysokości Państwa emerytury decydują trzy czynniki:

- łączna podstawa wymiaru świadczeń
- procenty emerytalne
- wiek w chwili przejścia na emeryturę

**Łączna podstawa wymiaru świadczeń:** obliczana jest z podstawy wymiaru świadczeń na dzień przejścia na emeryturę oraz – jeśli występuje – z podstawy wymiaru świadczeń za okres opieki nad dziećmi.

– **Podstawa wymiaru świadczeń na dzień przejścia na emeryturę:** jest obliczana ze średniej 348 „najlepszych” miesięcznych łącznych podstaw wymiaru składek.

– **Podstawa wymiaru świadczeń za okresy opieki nad dziećmi:** stała kwota

Wyczerpujące informacje na temat naliczania emerytury – **Broszury informacyjne SVA** na temat emerytur.

**Emerytura jest określoną procentowo częścią podstawy wymiaru świadczeń.**

Ta procentowa część

- jest ustalana na podstawie okresu ubezpieczenia;
- naliczana wartość wzrasta proporcjonalnie do ilości nabytych miesięcy ubezpieczeniowych.

Za każde **12 miesięcy ubezpieczenia** przyznaje się 1,78% podstawy wymiaru świadczeń.

**Okresy krótsze niż 12 miesięcy uwzględniane są w odpowiedniej części.**

**Uwaga:**

W momencie przejścia na emeryturę przed **60 (kobiety)** i **65 (mężczyźni)** rokiem życia należy liczyć się z niższym uposażeniem.

Czy istnieje możliwość dobrowolnego opłacania wyższych składek, aby w przyszłości otrzymać wyższą emeryturę?

Każda osoba, objęta obowiązkowym ubezpieczeniem, ma prawo do **dobrowolnego wyższego ubezpieczenia**. Na tej podstawie można dowolnie wybrać wysokość składki do określonej górnej granicy (w roku 2017: 9960 euro).

Zawsze jest możliwość dokonywania wpłat na wyższe ubezpieczenie. Po przejściu na emeryturę z tych płatności emeryt otrzyma **dotatkową emeryturę**, tak jak to oferują instytucje prywatne.

Kwota, o jaką możemy podwyższyć miesięczną emeryturę, zależy od następujących czynników:

- **wieku w chwili wpłat**
- **wieku w chwili przejścia na emeryturę**

Podwyższenie emerytury jest tym większe, im wcześniej nastąpiły wpłaty i im później ubezpieczony przeszedł na emeryturę.

## 4. Ubezpieczenie zdrowotne

Jakie osoby są objęte moim ubezpieczeniem zdrowotnym?

Nie tylko osoba ubezpieczona jest objęta ochroną z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, lecz pod pewnymi warunkami ochrona ta obejmuje także:

- **dzieci osoby ubezpieczonej**
- **małżonka osoby ubezpieczonej**
- **partnera w zarejestrowanym związku partnerskim lub konkubinę/konkubenta**
- **członka rodziny sprawującego opiekę nad osobą ubezpieczoną.**

Wszystkie wymienione osoby mają prawo do świadczeń, jeśli nie mają własnego (ustawowego) ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Uwaga:**

Należy podać nam **nazwiska i daty urodzenia członków rodziny**, aby mogły one otrzymywać świadczenia!

### **Dzieci objęte ubezpieczeniem**

Można objąć własnym ubezpieczeniem:

- **dzieci małżeńskie**
- **dzieci adoptowane**
- **dzieci pozamałżeńskie**
- **dzieci przybrane**
- **dzieci uznane**
- **wnuki**

jeśli na stałe mieszkają z osobą ubezpieczoną w jednym gospodarstwie domowym.

- **Dzieci w rodzinie zastępczej**

mogą zostać objęte ubezpieczeniem, jeśli osoba ubezpieczona sprawuje nad nimi opiekę **nieodpłatnie** lub **na podstawie urzędowego zezwolenia**.

### **Uwaga:**

Jeśli **małżonkowie** są ubezpieczeni w **różnych zakładach ubezpieczeń zdrowotnych**, dzieci zasadniczo są objęte ubezpieczeniem obu instytucji.

## Ograniczenie wiekowe dla współubezpieczenia

Do własnego ubezpieczenia można zasadniczo włączyć dzieci do ukończenia przez nie **18 roku życia**. Dzieci uczęszczające do szkoły lub uczące się zawodu mogą być objęte ubezpieczeniem do **27 roku życia**. Ponadto ma to miejsce tylko w sytuacjach wyjątkowych.

Za dzieci objęte ubezpieczeniem nie płaci się **żadnych dodatkowych składek**.

## Ubezpieczeni partnerzy i konkubenci

Za objętych ubezpieczeniem partnerów i konkubentów należy opłacać **dodatkową składkę**.

Następujące przypadki stanowią **wyjątki**, w których nie trzeba opłacać dodatkowej składki za partnera lub konkubenta objętego ubezpieczeniem:

- partner/konkubent osoby ubezpieczonej wychowuje jedno lub więcej **dzieci** mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym.
- partner/konkubent osoby ubezpieczonej w przeszłości przez co najmniej
- **4 lata wychowywał dziecko** mieszkające we wspólnym gospodarstwie domowym,
- osoba ubezpieczona pobiera **zasilek pielęgnacyjny 3 stopnia** i
- pozostaje pod opieką partnera/konkubenta,
- partner/konkubent osoby ubezpieczonej pobiera **zasilek pielęgnacyjny 3 stopnia**,
- dochód netto osoby ubezpieczonej jest niższy od **stawki dodatku wyrównawczego** dla
- małżeństw (1.334,17 euro),
- występuje szczególna **socjalna potrzeba objęcia ochroną ubezpieczeniową**.

## Objęcie ubezpieczeniem członków rodziny sprawujących opiekę

Następujący członkowie rodziny mają prawo do włączenia do ubezpieczenia, jeśli nie posiadają innego ubezpieczenia zdrowotnego i mają stałe miejsce pobytu w Austrii:

- małżonkowie
- zarejestrowani partnerzy
- konkubenci pozostające w rodzinie zastępczej
- powinowaci do 4. stopnia zastępczy (w prostej linii lub bocznej)
- krewni do 4. stopnia (w prostej linii lub bocznej)
- dzieci adoptowane, przybrane i
- rodzice adoptowani, przybrani i

Poza tym obowiązują następujące warunki:

- główny ubezpieczony pobiera **zasilek pielęgnacyjny 3 stopnia** lub wyższy,
- główny ubezpieczony jest objęty **opieką w domu i jego otoczeniu** (nie w szpitalu bądź domu opieki),
- osoba sprawująca opiekę poświęca swoją **pracę głównie opiece**,
- opieka nie jest sprawowana **w ramach działalności gospodarczej**.

Członkowie rodziny sprawujący opiekę generalnie **nie płacą dodatkowej składki**.

Jaka jest różnica między świadczeniami rzeczowymi a pieniężnymi w ubezpieczeniu zdrowotnym?

Osoba ubezpieczona w ramach ubezpieczenia zdrowotnego dla osób prowadzących działalność gospodarczą jest **uprawniona do otrzymywania świadczeń rzeczowych** lub **pieniężnych**.

### **Świadczenia rzeczowe**

Osoby uprawnione do świadczeń rzeczowych okazują u **lekarzy związanych umowami z ubezpieczycielem** swoją **kartę elektroniczną** i korzystają ze świadczeń lekarskich **na rachunek SVA**.

### **Świadczenia pieniężne**

Osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych są traktowane przez lekarzy jak pacjenci prywatni i sami opłacają honorarium lekarza. Następnie otrzymują od nas **zwrot wydatków** zgodnie z taryfą.

### **Czy mam prawo do świadczeń rzeczowych czy pieniężnych?**

- W ciągu **pierwszych trzech lat** ubezpieczenia zdrowotnego w ramach GSVG lub przy **ubezpieczeniu wielokrotnym**: ubezpieczony ma prawo do **świadczeń rzeczowych**.
- Od czwartego roku ubezpieczenia zdrowotnego w ramach GSVG: wysokość tymczasowej podstawy wymiaru składki decyduje o przysługujących świadczeniach:
  - dochód roczny wynosi **poniżej „wartości granicznej dla świadczeń rzeczowych”** (2017: 69 719,99 euro):  
ubezpieczony ma prawo do **świadczeń rzeczowych**.
  - dochód roczny wynosi **powyżej „wartości granicznej dla świadczeń rzeczowych”** (2017: 69 719,99 euro):  
ubezpieczony ma prawo do **świadczeń pieniężnych**.



## Jakie opcje przewiduje ubezpieczenie zdrowotne w ramach GSVG?

Osoba ubezpieczona może dostosować ochronę ubezpieczeniową indywidualnie do swoich potrzeb. Ma w tym zakresie do dyspozycji następujące opcje:

- Osoby uprawnione do świadczeń rzeczowych
  - „pełne uprawnienie do świadczeń pieniężnych” lub
  - „uprawnienie do świadczeń pieniężnych w klasie specjalnej”
- Osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych
  - „uprawnienie do świadczeń pieniężnych w klasie specjalnej”

### „Pełne uprawnienie do świadczeń pieniężnych”

Ta opcja odpowiada wcześniejszemu wyższemu zaszeregowaniu. Podczas **wizyty u lekarza, zakupu leków** oraz przy korzystania z **klasy specjalnej w szpitalach** osoba ubezpieczona traktowana jest jak **pacjent prywatny** i początkowo sama opłaca świadczenia. My zwracamy następnie koszty wg taryfy, lecz pokrywamy maksymalnie 80% kosztów.

Ta opcja kosztuje **102,24 euro** (wartość na rok 2017) miesięcznie dodatkowo do normalnej składki ubezpieczenia zdrowotnego.

### „Uprawnienie do świadczeń pieniężnych w klasie specjalnej”

W przypadku tej opcji są Państwo uprawnieni do uzyskania świadczeń pieniężnych tylko w odniesieniu do **specjalnej klasy szpitala**.

Ta opcja kosztuje **ubezpieczonych, którzy są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, 81,81 euro**(wartość na rok 2017) miesięcznie dodatkowo do normalnej składki ubezpieczenia zdrowotnego. Dla ubezpieczonych, uprawnionych do świadczeń pieniężnych, opcja ta jest bezpłatna.

## Kiedy rozpoczynają i kończą się opcje?

Opcja **rozpoczyna się** zasadniczo **pierwszego dnia miesiąca** po złożeniu wniosku. Opcja może zostać uaktywniona także wraz z rozpoczęciem obowiązkowego ubezpieczenia. W tym celu w ciągu 4 tygodni od chwili poinformowania przez nas o rozpoczęciu obowiązkowego ubezpieczenia należy złożyć odpowiedni wniosek.

**Opcja** kończy się wraz z **końcem obowiązkowego ubezpieczenia**. Można ją zakończyć także przez rezygnację. Rezygnację można złożyć najwcześniej na koniec roku kalendarzowego następującego po roku, w którym rozpoczęła się opcja. Później rezygnacja jest możliwa zawsze tylko na **koniec roku kalendarzowego**. Jeśli nie są opłacane dodatkowe składki, istnieje możliwość, że będziemy musieli wykluczyć osobę ubezpieczoną z opcji.

**Uwaga:**

Gdy **osoba uprawniona do świadczeń rzeczowych** chce skorzystać z opcji „pełnego uprawnienia do świadczeń pieniężnych” lub „świadczeń pieniężnych w klasie specjalnej”, zwrotu kosztów **klasy specjalnej w szpitalu** możemy dokonać dopiero po upływie **czasu oczekiwania** wynoszącego 6 miesięcy. Jeśli ubezpieczony bezpośrednio przed rozpoczęciem opcji był uprawniony do świadczeń pieniężnych, okres oczekiwania ulega skróceniu o ten czas.

**Osoba ubezpieczona zawarła dodatkowe ubezpieczenie prywatne**

Opcje mogą być interesujące dla osób, które są uprawnione do świadczeń rzeczowych i zawarły **dotatkowe prywatne ubezpieczenie szpitalne**. W takim przypadku uprawnienie do świadczeń pieniężnych w zakresie klasy specjalnej w szpitalach może spowodować zmniejszenie składki ubezpieczenia prywatnego.

**Jakie świadczenia obejmuje ubezpieczenie zdrowotne?**

**Uwaga:**

Osoby uprawnione do **świadczeń rzeczowych** pokrywają część kosztów opieki medycznej. Ta część określana jest jako **udział własny**.

Można uzyskać **zwolnienie z udziału własnego**. Jest to możliwe w następujących przypadkach:

- konieczność opieki socjalnej (niski dochód rodziny)
- trwająca chemioterapia lub naświetlania
- dializowanie
- po transplantacji organu
- przy stopniu niepełnosprawności co najmniej 50%
- ciężki stopień inwalidztwa

Poza tym **dzieci** włączone bezskładkowo w ubezpieczenie są zasadniczo zwolnione z udziału własnego (wyjątek: środki rehabilitacyjne/pomocnicze od 15 roku życia, regulacja szczęki)

W przypadku spełnienia wymogu szczególnej ochrony socjalnej przysługuje prawo do **zwolnienia z opłaty za receptę**.

## **Pomoc lekarska**

### ***Świadczenie rzeczowe***

Po okazaniu elektronicznej karty (e-card) **lekarzowi, z którym podpisano kontrakt**, lekarz rozliczy swoje honorarium bezpośrednio z SVA. Następnie wezwiemy Państwa do zwrotu 20% (lub 10% w przypadku kontroli lekarskiej, w której zostaną spełnione cele zdrowotne lub w przypadku udziału w projektach grupy „Disease Management- Diabetes Typ 2”) kosztów w formie **udziału własnego** w zdarzeniu ubezpieczeniowym.

### ***Świadczenie pieniężne***

W czasie wizyty lekarskiej są Państwo traktowani jako **pacjenci prywatni**. Honorarium lekarskie należy najpierw pokryć samemu. Po **przedłożeniu** nam rachunku, otrzymają Państwo zwrot kosztów. Koszty zwracane są według taryfy wynagrodzeń. Jeżeli wezmą Państwo udział w ogólnej kontroli zdrowia i osiągną cele zdrowotne lub wezmą udział w projektach „Disease Management-Diabetes Typ 2” otrzymają od nas wyższą o 10% rekompensatę. Jednakże zwrot kosztów wynosi maksymalnie 80% kosztów faktycznych.

## **Lekarstwa**

### ***Świadczenie rzeczowe***

Jeśli lekarstwa zostały zapisane na **receptę z kasy**, ubezpieczony otrzymuje lekarstwa w aptece za **ryczałtową opłatę** 5,85 euro.

### **Świadczenie pieniężne**

Za lekarstwa zapisane na **receptie prywatnej** ubezpieczony sam płaci w aptece. My zwracamy 80% **kwoty lekarstwa** po potrąceniu opłaty ryczałtowej za receptę.

Istnieje możliwość, aby również **recepty prywatne rozliczać** w aptekach **bezpośrednio** z SVA. W tym celu należy podać jednak dane personalne i wypełnić wytyczne zasad ekonomicznego wypisywania leków.

### **Środki rehabilitacyjne/pomocnicze**

#### ***Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym***

Wszystkie osoby ubezpieczone w ramach GSVG mają prawo do środków rehabilitacyjnych i pomocniczych, takich jak np. wkładki ortopedyczne lub pończochy uciskowe. Można je kupować jako **świadczenie rzeczowe** u naszych partnerów.

#### **Uwaga:**

- Za środki rehabilitacyjne i pomocnicze **udział własny** wysokości **20%**. Udział własny musi jednakże wynosić **co najmniej 33,20 euro**.
- W przypadku **okularów i soczewek kontaktowych** udział własny od 1 stycznia 2017 r. musi wynosić **przynajmniej 99,60 Euro**.

Dzieci do ukończenia 15 roku życia są zwolnione z udziału własnego.

### **Opieka szpitalna**

#### **– Ogólna klasa opłat**

#### ***Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym***

W celu uzyskania opieki w ogólnej klasie opłat szpitala kontraktowego należy jedynie opłacić dzienną składkę kosztów pobytu w szpitalu. Poza tym opieka jest dla Państwa bezpłatna.

## – Klasa specjalna

### **Świadczenie rzeczowe**

Za leczenie w szpitalu niezwiązanym umową z SVA zwracamy koszty w wysokości 228,07 euro/dzień. Odpowiada to dopłacie do kosztów opieki. Nie zwracamy dodatkowych kosztów klasy specjalnej.

### **Świadczenie pieniężne**

Osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych, które zdecydowały się na skorzystanie z klasy specjalnej, otrzymują:

- zwrot kosztów opłaty za szpital
- ryczałtowy zwrot dodatkowych opłat
- ewentualnie zwrot kosztów operacji

#### **Uwaga:**

Osobom uprawnionym do świadczeń pieniężnych możemy zwrócić maksymalnie 80% kosztów pobytu w szpitalu. Rzeczywista kwota najczęściej jest niższa. W celu pokrycia pozostałych kosztów zalecamy zawarcie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia szpitalnego.

## **Świadczenia związane z macierzyństwem**

### ***Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym***

**Badania w ramach karty ciąży** oraz pomoc **położnych i dyplomowanych pielęgniarek dziecięcych i niemowlęcych** są bezpłatne dla wszystkich ubezpieczonych. W odniesieniu do porodu w szpitalu obowiązują zasady opisane w punkcie „opieka szpitalna”.

### **Zasiłek tygodniowy**

#### ***Nie ma różnicy między świadczeniem rzeczowym a pieniężnym***

Zasiłek tygodniowy otrzymują osoby ubezpieczone, które zatrudnią – jeśli to możliwe – **pomoc**. Matki mają prawo do zasiłku tygodniowego w wysokości **53,11 euro dziennie**:

- w czasie ostatnich ośmiu tygodni przed rozwiązaniem
- w dniu rozwiązania
- podczas pierwszych ośmiu tygodni po rozwiązaniu

W przypadku **porodu mnogiego, przedwczesnego** lub **cięcia cesarskiego** zasiłek wypłacany jest przez 12 tygodni od porodu.

## Zasiłek wychowawczy

Zasiłek wychowawczy można uzyskać w dwóch systemach. Może być pobierany albo jako świadczenie ryczałtowe (4 warianty ryczałtowe dla dzieci urodzonych do 28.02.2017 lub konto dla zasiłku wychowawczego dla dzieci urodzonych od 01.03.2017) albo jako zasiłek wychowawczy zależny od wysokości dochodów.

Wyplacenie zasiłku wychowawczego w postaci ryczałtu stanowi uznanie opieki sprawowanej przez rodziców i częściowe wynagrodzenie z tego tytułu. Rodzice otrzymują ryczałtowy zasiłek wychowawczy niezależnie od pracy zarobkowej wykonywanej przed urodzeniem się dziecka.

Podstawową funkcją zasiłku wychowawczego zależnego od dochodów jest zapewnienie zastępczego dochodu tym rodzicom, którzy chcą wycofać się z życia zawodowego jedynie na krótki okres czasu i dysponują przy tym wyższymi dochodami.

### **Świadczenia ryczałtowe**

Na dzieci urodzone do dnia 28.02.2017: 4 warianty ryczałtowe

#### **Wariant ryczałtowy 30+6**

Zasiłek wychowawczy wynosi 14,53 euro dziennie. Otrzymują go Państwo do ukończenia przez dziecko 30. miesiąca życia, o ile zasiłek pobierany będzie tylko przez jednego rodzica. W przypadku pobierania zasiłku przez obojga rodziców, okres ten wydłuża się o czas, w którym drugi rodzic faktycznie go pobierał, jednakże zasiłek wychowawczy przysługuje maksymalnie do ukończenia przez dziecko 36. miesiąca życia.

#### **Wariant ryczałtowy 20+4**

Zasiłek wychowawczy wynosi 20,80 euro dziennie. Otrzymują go Państwo do ukończenia przez dziecko 20. miesiąca życia, o ile zasiłek pobierany będzie tylko przez jednego rodzica. W przypadku pobierania zasiłku przez obojga rodziców, okres ten wydłuża się o czas, w którym drugi rodzic faktycznie go pobierał, jednakże zasiłek wychowawczy przysługuje maksymalnie do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia.

#### **Wariant ryczałtowy 15+3**

Zasiłek wychowawczy wynosi 26,60 euro dziennie. Otrzymują go Państwo do ukończenia przez dziecko 15. miesiąca życia, o ile zasiłek pobierany będzie tylko przez jednego rodzica. W przypadku pobierania zasiłku przez obojga rodziców, okres ten wydłuża się o czas, w którym drugi rodzic faktycznie go pobierał, jednakże zasiłek wychowawczy przysługuje maksymalnie do ukończenia przez dziecko 18. miesiąca życia.

## **Wariant ryczałtowy 12+2**

Zasiłek wychowawczy wynosi 33 euro dziennie. Otrzymują go Państwo do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, o ile zasiłek pobierany będzie tylko przez jednego rodzica. W przypadku pobierania zasiłku przez obojga rodziców, okres ten wydłuża się o czas, w którym drugi rodzic faktycznie go pobierał, jednakże zasiłek wychowawczy przysługuje maksymalnie do ukończenia przez dziecko 14. miesiąca życia.

### **NOWOŚĆ dla dzieci urodzonych od 1.03.2017:**

#### **Konto dla zasiłku wychowawczego (system ryczałtowy)**

Dla dzieci urodzonych od 01.03.2017 dotychczasowe 4 warianty ryczałtowe zastępuje konto dla zasiłku wychowawczego. Wysokość faktycznego zasiłku wychowawczego (14,53 - 33,88 euro) zależy od dowolnie wybieranego przez rodziców okresu pobierania zasiłku (od 365 do 851 dni w przypadku jednego rodzica lub od 456 do 1063 dni przy pobieraniu zasiłku przez obojga rodziców), począwszy od dnia narodzin dziecka. W całym tym okresie, w którym przysługuje prawo do zasiłku na każde dziecko, 20% zastrzeżone jest dla drugiego rodzica bez możliwości cesji.

## **Zasiłek wychowawczy zależny od dochodów**

Zasiłek wychowawczy wynosi 80% Państwa ostatnich dochodów, jednakże maksymalnie 66 euro dziennie. Otrzymują go Państwo do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia (dla narodzin od 01.03.2017: przez 365 dni od narodzin dziecka), o ile zasiłek pobierany będzie tylko przez jednego rodzica. W przypadku pobierania zasiłku przez obojga rodziców, okres ten wydłuża się o czas, w którym drugi rodzic faktycznie go pobierał, jednakże zasiłek wychowawczy zależny od dochodów przysługuje maksymalnie do ukończenia przez dziecko 14. miesiąca życia (dla narodzin od 01.03.2017: do 426 dni od narodzin dziecka).

Aby móc pobierać zasiłek wychowawczy, muszą być spełnione pewne ogólne warunki (np. skorzystanie z prawa do zasiłku rodzinnego i pobieranie takiego zasiłku na dziecko, wspólne gospodarstwo domowe z dzieckiem wraz z identycznym stałym miejscem zameldowania). Aby móc pobierać zasiłek wychowawczy zależny od dochodów musi być ponadto spełniony wymóg wykonywania pracy zarobkowej.

**Uwaga:**

W okresie pobierania zasiłku wychowawczego muszą być dotrzymane roczne granice dodatkowego zarobku:

W przypadku 4 wariantów ryczałtowych lub tzw. konta dla zasiłku wychowawczego obowiązują dwie granice:

- ogólna kwota graniczna w wysokości 16 200 euro rocznie;
- indywidualna kwota graniczna wynosząca 60% Państwa podstawowych dochodów z roku kalendarzowego poprzedzającego narodziny dziecka. W przypadku, gdy wyliczona indywidualna kwota graniczna jest wyższa niż 16 200 euro rocznie, wtedy przez cały okres pobierania ryczałtowego zasiłku wychowawczego możliwe jest uzyskiwanie odpowiednio wyższego dodatkowego zarobku rocznego.

W przypadku zasiłku wychowawczego zależnego od dochodów Państwa podstawowe dochody nie mogą przekraczać kwoty granicznej 6800 euro rocznie (do 2016 roku: 6400 euro).

W przypadku przekroczenia mającej zastosowanie rocznej kwoty granicznej dodatkowego zarobku grozi późniejsze żądanie dokonania zwrotu!

Wskazówka: W przypadku, gdy Państwa roczny dochód z tytułu samodzielnej działalności gospodarczej przekracza kwotę graniczną dodatkowego zarobku, a nie pobierali Państwo zasiłku wychowawczego przez cały rok kalendarzowy, wtedy należy pamiętać o tym, żeby odpowiednio wcześniej, a najpóźniej przed upływem drugiego roku kalendarzowego następującego po roku pobierania zasiłku, przedłożyć bilans pośredni albo pośredni rachunek przychodów i rozchodów, o ile pozwoli to na dotrzymanie granicy dodatkowego zarobku i uniknięcie żądania dokonania zwrotu.

W okresie przysługiwania prawa do zasiłku tygodniowego [austriacki płatny urlop macierzyński] lub świadczenia podobnego do zasiłku tygodniowego (od 01.03.2017 również w okresie prawa do pomocy z zakładu pracy) zasiłek wychowawczy ulega zawieszeniu. Jednakże w przypadku, gdyby świadczenie to było niższe od zasiłku wychowawczego, należy się wyrównanie.

**Dodatek do ryczałtowego zasiłku wychowawczego**

Rodzice o niskich dochodach mogą ponadto złożyć wniosek o dodatek do ryczałtowego zasiłku wychowawczego w wysokości 6,06 euro dziennie, wypłacany od chwili złożenia wniosku maksymalnie przez okres 12 miesięcy (albo przez 365 dni w przypadku dzieci urodzonych od dnia 01.03.2017).



Uprawnionymi do tego świadczenia są

- Osoby samotnie wychowujące dzieci, posiadające prawo do ryczałtowego zasiłku wychowawczego i zarabiające nie więcej niż 6800 euro (do 2016 roku: 6400 euro) w roku kalendarzowym
- Każdy z rodziców żyjących w związku małżeńskim albo w związku partnerskim, posiadający prawo do ryczałtowego zasiłku wychowawczego, przy czym rodzic pobierający nie może zarabiać więcej niż 6800 euro (do 2016 roku: 6400 euro) a drugi rodzic lub partner/partnerka nie więcej niż 16 200 euro w roku kalendarzowym.

W przypadku, gdy pobierają Państwo zasiłek wychowawczy zależny od dochodów, nie mają Państwo prawa do dodatku!

### **NOWOŚĆ dla dzieci urodzonych od 1.03.2017:**

#### **Bonus partnerski i bonus za czas poświęcony rodzinie**

W przypadku, gdy rodzice pobierali zasiłek wychowawczy w formie ryczałtu albo zasiłek zależny od dochodów w przybliżeniu w równych częściach (od 50:50 do 60:40) i wymiarze co najmniej 124 dni, wtedy dla narodzin od 01.03.2017 przysługuje każdemu z rodziców po zakończeniu całkowitego okresu pobierania zasiłku na ich wniosek bonus partnerski w jednorazowej wysokości 500 euro.

Dla narodzin od 01.03.2017 ojcowie czynni zawodowo, którzy po urodzeniu dziecka poświęcają się wyłącznie rodzinie i w tym celu przerywają pracę zawodową na okres od 28 do 31 dni, mają możliwość otrzymania finansowego wsparcia (w wysokości 22,60 euro dziennie) w formie „ bonusu za czas poświęcony rodzinie”.

Więcej szczegółowych informacji na temat zasiłku wychowawczego znajdą Państwo na stronie domowej Bundesministerium für Familie und Jugend (BMFJ) [aust. Federalne Ministerstwo ds. Rodziny i Młodzieży] pod adresem [www.bmfj.gv.at](http://www.bmfj.gv.at)

### **Ubezpieczenie dodatkowe**

**Dobrowolne ubezpieczenie dodatkowe** umożliwia po opłaceniu **wyższych składek** pobieranie zasiłku chorobowego.

**Zasiłek chorobowy:** w przypadku niezdolności do pracy z powodu choroby

Ubezpieczenie dodatkowe mogą Państwo zawrzeć u nas **na wniosek**. Państwa składki zwiększą się w takim przypadku miesięcznie o **2,5%** Państwa tymczasowej **podstawy wymiaru składki**, przy czym obowiązuje minimalna kwota składki w wysokości 30,77 euro (wartość na 2017 rok). Wysokość świadczenia zależy od Państwa tymczasowej podstawy wymiaru składki.

Ze świadczeń z ubezpieczenia dodatkowego mogą Państwo skorzystać dopiero po upływie sześciu miesięcy okresu ubezpieczenia (**okres oczekiwania**).

**Jestem niezdolny do pracy z powodu choroby i chcę otrzymać świadczenia z dodatkowego ubezpieczenia. Co muszę zrobić?**

Należy zgłosić niezdolność do pracy w ciągu 7 dni w jednym z naszych oddziałów krajowych. Należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie. Co 14 dni należy udokumentować, że niezdolność do pracy nadal występuje.

**Jak wysoki jest mój zasiłek chorobowy?**

Dzienny zasiłek chorobowy wynosi 60% tymczasowej podstawy wymiaru składki – w 2017 roku co najmniej 8,51 euro.

|   |        |  |
|---|--------|--|
| miesięczna<br>podstawa wymiaru<br>składki | ÷ 30 = | dzienna<br>podstawa wymiaru<br>składki |
|---|--------|--|

**Uwaga:**

Świadczenie można pobierać **od 4 dnia** niezdolności do pracy.

Świadczenie można pobierać bez przerwy przez **maksymalnie 26 tygodni**.

### Zapomoga w przypadku długotrwałej choroby

Ochrona socjalna osób prowadzących własną działalność gospodarczą poprawiła się znacząco dzięki „zapomodze w przypadku długotrwałej choroby”.

Mają Państwo prawo do „zapomogi w przypadku długotrwałej choroby”, jeśli oraz dopóki:

- prowadzą Państwo własną działalność gospodarczą i są Państwo objęci ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z GSVG.
- nie zatrudniają Państwo regularnie żadnego pracownika lub zatrudniają regularnie mniej niż 25 pracowników.
- utrzymanie przedsiębiorstwa zależy od świadczonej osobiście pracy.

### Jak długo mam prawo do zapomogi?

Mają Państwo prawo do zapomogi od 43 dnia niezdolności do pracy, stwierdzonej przez lekarza. Prawo to obowiązuje w okresie niezdolności do pracy w przypadku jednej i tej samej choroby maksymalnie przez 20 tygodni.

W przypadku, jeśli pobierali Państwo zapomogę przez 20 tygodni, aby mieć takie prawo w okresie kolejnych 26 tygodni, muszą być Państwo objęci ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

### Ile wyniesie moja zapomoga?

Świadczenie wynosi dziennie 29,46 euro i nie zależy od wysokości dochodów.

### W jaki sposób i gdzie mogę złożyć wniosek o zapomogę?

Wniosek o świadczenie mogą Państwo złożyć w swoim oddziale SVA. Potrzebują Państwo do tego potwierdzenia od lekarza o niezdolności do pracy. Takie zaświadczenie wystawia Państwa lekarz.

### Jakich terminów muszę dotrzymać, aby otrzymać zapomogę?

W przypadku, gdy choroba się przedłuża, najlepiej udać się do lekarza, który potwierdzi Państwa niezdolność do pracy. Mają Państwo na to maksymalnie 4 tygodnie od momentu powstania niezdolności do pracy.

Zgłoszenie choroby muszą Państwo przedłożyć w SVA w ciągu dwóch tygodni od dnia, w którym lekarz stwierdził niezdolność do pracy. W przypadku nieterminowego złożenia wniosku mają Państwo prawo do świadczenia dopiero od dnia wpływu wniosku.

Ciągłość niezdolności do pracy należy potwierdzić u lekarza w ciągu 14 dni i w ciągu jednego tygodnia zgłosić ten fakt w SVA.

**Czy oprócz zapomogi mogę otrzymać dodatkowo zasiłek chorobowy z tytułu dodatkowego ubezpieczenia?**

Tak, od 43 dnia niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, mogą Państwo oprócz ustawowej zapomogi w wysokości 29,46 euro otrzymać zasiłek chorobowy z tytułu dodatkowego ubezpieczenia

## 5. Ubezpieczenie wypadkowe

### Jakie zagrożenia obejmuje ubezpieczenie wypadkowe?

Najważniejszym zadaniem ubezpieczenia wypadkowego jest ochrona ludzi w czasie wykonywania pracy oraz w drodze do pracy. Jeżeli mimo to będą Państwo ofiarą **wypadku przy pracy** albo **choroby zawodowej**, to w ramach ubezpieczenia wypadkowego podjęta będzie próba udzielenia Państwu pomocy w zakresie medycznym, zawodowym i socjalnym. Ponadto przewidziane są również świadczenia w przypadku określonych chorób zawodowych. Wypadki nie mające związku z pracą zawodową pokrywane są przez ustawowe ubezpieczenie chorobowe.

Osoby prowadzące działalność gospodarczą ubezpieczone na podstawie GSVG [austr. ustawa o ubezpieczeniach społecznych dla osób prowadzących działalność gospodarczą] oraz lekarze pracujący w ramach wolnego zawodu ubezpieczeni na podstawie FSVG [austr. ustawa o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących wolne zawody i prowadzących samodzielną działalność] są zgodnie z przepisami ASVG [austr. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym] ubezpieczone od wypadków.

Składka na ubezpieczenie wypadkowe na podstawie ASVG lub FSVG nie zależy od wysokości dochodów, lecz jej wysokość jest **jednakowa dla wszystkich**. W 2017 roku miesięczna składka na ubezpieczenie wypadkowe wynosi 9,33 euro. Składki pobierane są przez SVA [austr. Zakład Ubezpieczeń Społecznych] raz na kwartał i przekazywane do AUVA [austr. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wypadkowych], który jest właściwy dla realizacji ubezpieczenia wypadkowego.

## Świadczenia – jaka pomoc może zostać udzielona z ubezpieczenia wypadkowego?

Czy i od jakiego momentu przysługują Państwu świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, tego dowiedzą się Państwo w AUVA [austr. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wypadkowych].

Oprócz leczenia po wypadku (stacjonarnego albo ambulatoryjnego) w przypadku ubezpieczenia wypadkowego dużą rolę odgrywa rehabilitacja, aby osobom poszkodowanym umożliwić samodzielne życie i pracę zawodową. W przypadku poważnej utraty zdrowia spowodowanej wypadkiem przy pracy albo chorobą zawodową wypłacane są również świadczenia pieniężne (renty, zasiłki pielęgnacyjne itp.). Dla świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia wypadkowego istotna jest podstawa wymiaru. Dla wyżej wymienionej wysokości składki wynosi ona 19 755,90 euro rocznie (w 2017 roku).

### Ubezpieczenie podwyższone w ramach ubezpieczenia wypadkowego

Opłacając „składkę obowiązkową” mają Państwo prawo do świadczeń rzeczowych i pieniężnych w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Wyżej wymieniona podstawa wymiaru jest dla świadczeń pieniężnych – a w szczególności dla rent – raczej niska. Dlatego też mogą Państwo w ramach ubezpieczenia wypadkowego ubezpieczyć się wyżej i tym samym uzyskać wyższą podstawę wymiaru.

Wniosek o zawarcie podwyższonego ubezpieczenia należy złożyć we właściwym oddziale krajowym AUVA. Dodatkowa składka jest pobierana bezpośrednio przez AUVA.

### Przykłady – jakie korzyści daje ubezpieczenie podwyższone (wszystkie wartości obowiązują w 2017 roku)

#### Zmniejszenie zdolności do pracy o 20%

Stolarz prowadzący działalność gospodarczą wkłada rękę pod piłę tarczową. Całkowitemu obciążeniu ulega kciuk. AUVA stwierdza zmniejszenie zdolności do pracy o 20%. Ubezpieczony otrzyma z AUVA 14 x w roku wypłatę renty inwalidzkiej z obowiązkowego ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 188,15 euro. W przypadku podwyższonego ubezpieczenia I stopnia otrzymałby 14 x w roku 307,68 euro. Gdyby zawarł podwyższone ubezpieczenie II stopnia, otrzymałby 368,33 euro 14 x w roku.

#### Zmniejszenie zdolności do pracy o 50%

Fizjoterapeutka pracująca w ramach samodzielnej działalności gospodarczej ulega wypadkowi samochodowemu w drodze do pracy. Ulega przy tym tak ciężkim obrażeniom, że jej noga musi być amputowana tuż powyżej stawu kolanowego. AUVA stwierdza zmniejszenie zdolności do pracy o 50%. Ubezpieczona otrzyma z AUVA 14 x w roku rentę inwalidzką z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia wypadkowego wraz

z rentą dodatkową w wysokości 564,45 euro. W przypadku podwyższonego ubezpieczenia I stopnia otrzymałaby 14 x w roku 923,05 euro. Gdyby zawarła podwyższone ubezpieczenie II stopnia, otrzymałaby 1104,99 euro 14 x w roku.

### Zmniejszenie zdolności do pracy o 100%

Dekarz prowadzący samodzielną działalność gospodarczą spada z dachu i doznaje porażenia poprzecznego. AUVA stwierdza zmniejszenie zdolności do pracy o 100%. Ubezpieczony otrzyma z AUVA 14 x w roku rentę inwalidzką z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia wypadkowego wraz z rentą dodatkową w wysokości 1411,14 euro. W przypadku podwyższonego ubezpieczenia I stopnia otrzymałby 14 x w roku 2307,62 euro. Gdyby zawarł podwyższone ubezpieczenie II stopnia, otrzymałby 2762,48 euro 14 x w roku.

### Śmierć

Prowadzący samodzielną działalność gospodarczą przewodnik wysokogórski trafił na lawinę skalną i spadł z wysokości 200 metrów. Poniósł śmierć na miejscu. Wdowa po nim otrzyma z AUVA 14 x w roku rentę wdowią z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia wypadkowego w wysokości 282,23 euro. W przypadku podwyższonego ubezpieczenia I stopnia otrzymałaby 14 x w roku 461,52 euro. Gdyby mąż zawarł podwyższone ubezpieczenie II stopnia, otrzymałaby 552,50 euro 14 x w roku.

| Socjalne ubezpieczenie wypadkowe dla osób prowadzących własną działalność zarobkową | Ubezpieczenie obowiązkowe   | Ubezpieczenie podwyższone stopień I | Ubezpieczenie podwyższone stopień II |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Składka</b>  | <b>9,33 EUR miesięcznie</b> | <b>111,94 EUR rocznie</b>           | <b>168,16 EUR rocznie</b>            |
| Podstawa wymiaru  | 19 755,90 EUR               | 32 306,64 EUR                       | 38 674,66 EUR                        |
| Renta miesięczna 14 x w roku przy 20% obniżeniu zdolności do pracy zarobkowej       | 188,15 EUR                  | 307,68 EUR                          | 368,33 EUR                           |
| Renta miesięczna 14 x w roku przy 50% obniżeniu zdolności do pracy zarobkowej       | 564,45 EUR                  | 923,05 EUR                          | 1104,99 EUR                          |
| Renta miesięczna 14 x w roku przy 100% obniżeniu zdolności do pracy zarobkowej      | 1411,14 EUR                 | 2307,62 EUR                         | 2762,48 EUR                          |
| Renta dla wdów/wdowców/sierot   | 282,23 EUR                  | 461,52 EUR                          | 552,50 EUR                           |

Wniosek o zawarcie podwyższonego ubezpieczenia należy złożyć we właściwym oddziale krajowym AUVA. Dodatkowa składka jest pobierana bezpośrednio przez AUVA.

W przypadku wypadku przy pracy albo choroby zawodowej przysługują Państwu pod pewnymi warunkami świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego. Czy i od jakiego momentu przysługują Państwu świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, tego dowiedzą się Państwo w AUVA.

## 6. Wsparcie przy zakładaniu działalności

**NEUFÖG:** ustawa o wsparciu dla osób zakładających nowe przedsiębiorstwa

NEUFÖG ma odciążać **finansowo** osoby zakładające przedsiębiorstwa w ten sposób, że na wniosek możliwe jest **wstrzymanie** pobierania niektórych opłat. Są to określone:

- opłaty skarbowe
- opłaty administracyjne
- opłaty związane z płacami pracobiorców
- podatki

Z pewnymi ograniczeniami NEUFÖG dotyczy także **przejęć przedsiębiorstw**.

## Kto może otrzymać wsparcie i gdzie można znaleźć informacje?

Zasadniczo wsparcie może uzyskać każda osoba prowadząca własną działalność zarobkową. Doradztwo prowadzą:

- ustawowe organizacje reprezentacji interesów
- oddziały krajowe SVA

**Założenie nowego przedsiębiorstwa:** tworzona jest nowa struktura przedsiębiorstwa w celu osiągania przychodów w jednym z następujących obszarów:

- zakład przemysłowy
- samodzielnie wykonywana praca
- rolnictwo i leśnictwo

**Cesja przedsiębiorstwa:** istniejące przedsiębiorstwo jest przekazywane przez obecnego właściciela innej osobie. Przekazanie takie może być odpłatne lub nieodpłatne.

### Uwaga:

Zmiana tylko **formy prawnej spółki** (np. ze spółki jawnej na spółkę z o.o.) nie oznacza założenia nowego przedsiębiorstwa.

Poza tym **właściciel** nowo zakładanego lub cedowanego przedsiębiorstwa nie może wcześniej prowadzić działalności w podobnym zakresie.

Poza tym nowo założone przedsiębiorstwo w pierwszym roku nie może być rozszerzane o inne, już istniejące przedsiębiorstwa (**części przedsiębiorstw**). Takie rozszerzenie należy niezwłocznie zgłosić właściwemu organowi. W takim wypadku zwolnienia od opłat zostaną cofnięte.

## Przykład

Stolarz podjął przed pięcioma laty **samodzielną działalność**, ale z powodów finansowych musiał zamknąć zakład po dwóch latach. Następnie został zatrudniony na **umowę o pracę**. Gdyby teraz ponownie chciał rozpocząć samodzielną działalność jako stolarz, nie może skorzystać ze zwolnień.



## 7. Zabezpieczenie emerytalne osób prowadzących samodzielną działalność

Osoby prowadzące działalność gospodarczą lub wspólnicy objęci obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach GSVG od 1 stycznia 2008 r. muszą na podstawie BMSVG opłacać składki tytułem zabezpieczenia emerytalnego osób prowadzących samodzielną działalność. Wyłączone z tego obowiązku są osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym „Opting in” oraz osoby samoubezpieczone lub ubezpieczone obowiązkowo na podstawie §§ 14 a, b GSVG.

**BMSVG** = ustawa o zakładowym zabezpieczeniu emerytalnym pracowników i osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą

Osoby posiadające ubezpieczenie emerytalne na podstawie GSVG lub FSVG oraz wykluczone z ubezpieczenia zdrowotnego GSVG na podstawie § 5 GSVG („Opting out”) lub objęte obowiązkowym ubezpieczeniem na podstawie ASVG mogą **dobrowolnie** przystąpić do zabezpieczenia emerytalnego osób prowadzących samodzielną działalność **w ciągu 12 miesięcy** od chwili podjęcia działalności w ramach wolnego zawodu.

**Składka** wynosi **1,53%** tymczasowej podstawy wymiaru składki. Od danego modelu zależy, jaka podstawa wymiaru składki będzie brana pod uwagę:

- model obowiązkowy: podstawa wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego
- model dobrowolny: podstawa wymiaru składki ubezpieczenia emerytalnego

Składki pobierane są przez nas razem ze składkami ubezpieczenia społecznego.

### **Uwaga:**

Składki zabezpieczenia emerytalnego osób prowadzących samodzielną działalność wynikają z tymczasowej podstawy wymiaru składki i ich naliczenie **nie jest korygowane**.

Składki przekazujemy do wybranego przez ubezpieczonego funduszu prewencyjnego przy czym wybierać można z 8 kas – lista na stronie 44. Jeśli dana osoba wybrała już fundusz dla swoich osób świadczących usługi, też jest z tym funduszem związana. Jeśli w odpowiednim czasie nie zostanie wybrany fundusz prewencyjny, osoba jest przydzielana do funduszu. Fundusz prewencyjny dysponuje składkami.

Kiedy mogę pobierać świadczenia w ramach zabezpieczenia emerytalnego osób samodzielnie wykonujących działalność?

**Świadczenia** w ramach zabezpieczenia emerytalnego osób prowadzących samodzielną działalność mogą pobierać osoby, które

- płaciły składki przez co najmniej 3 lata i zakończyły swoją działalność w ramach wolnego zawodu co najmniej 2 lata temu

lub

- przechodzą na ustawową emeryturę

lub

- przed 5 laty po raz ostatni były zobowiązane do zapłaty składki z tytułu ubezpieczenia.

W przypadku **śmierci osoby ubezpieczonej** kapitał jest wypłacany bliskim członkom rodziny; w innych wypadkach przechodzi do spadku.

W jakiej formie mogę otrzymać świadczenia w ramach zabezpieczenia emerytalnego osób samodzielnie wykonujących działalność i jaka jest ich wysokość?

**Wysokość świadczeń** zależy od wpłaconych składek oraz od wyników działalności funduszu prewencyjnego. Fundusz prewencyjny przekazuje co roku informacje o aktualnym stanie konta.

Można otrzymać świadczenia w różnej formie:

- wypłata **jednorazowa**
- przeniesienie do **nowego funduszu prewencyjnego** (np. gdy osoba ubezpieczona po zakończeniu samodzielnej działalności podejmuje niesamodzielną działalność zarobkową)
- przeniesienie do **kasy emerytalnej** lub **ubezpieczenia prywatnego** (w celu wypłaty renty)

W jaki sposób opodatkowane jest zabezpieczenie osób samodzielnie wykonujących działalność?

Składki w ramach zabezpieczenia są kosztami przedsiębiorstwa. Wpłaty składek do funduszu prewencyjnego są wolne od podatku. Wypłata świadczenia w formie jednorazowej kwoty jest opodatkowana stawką 6%, wypłata renty jest wolna od podatku.

## 8. Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia

Od dnia 1 stycznia 2009 r. osoby prowadzące samodzielną działalność gospodarczą mogą **dobrowolnie** przystąpić do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i tym samym poprawić swoją ochronę społeczną. Jest to **prawdziwe ubezpieczenie na wypadek bezrobocia**, dzięki któremu ubezpieczony może nabyć prawo do wszystkich świadczeń związanych z ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia (zasiłek dla bezrobotnych, pomoc doraźna, itp.). Składki na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia są pobierane przez nas i przekazywane do Urzędu Obsługi Rynku Pracy (**AMS**). Za świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia jest odpowiedzialny wyłącznie AMS.

### Kto może przystąpić do ubezpieczenia?

Do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia mogą przystąpić osoby, które

- posiadają ubezpieczenie emerytalne na podstawie **GCVG** albo **FSVG**,

lub

- **wykonyują wolny zawód adwokata** i wyłączone są na podstawie § 5 GSVG („Opting out”) z ubezpieczenia emerytalnego na podstawie GSVG.

#### **Uwaga:**

**Niemożliwe** jest objęcie **ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia** osób, które

- przekroczyły **60. rok życia** lub
- osiągnęły **minimalny wiek do wcześniejszej emerytury**
- nabyli już **prawo do emerytury** bądź przejścia w **stan spoczynku**

Do kiedy muszę zgłosić swoje przystąpienie do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia i kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa?

**Osoby, które wykonywały samodzielną działalność już na przełomie 2008/2009 r.**

Osoby, które wykonywały samodzielną działalność już na przełomie 2008/2009 r., muszą zgłosić swoje przystąpienie najpóźniej do **31 grudnia 2009 r.**

- W przypadku osób, które tej możliwości nie wykorzystały, następną możliwość złożenia wniosku o przystąpienie będzie **1 stycznia 2018 r.** Od tego momentu będzie zasadniczo 6 miesięcy na zgłoszenie nam swojego przystąpienia do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

### **Osoby, które podjęły samodzielną działalność po 31 grudnia 2008 r.**

Osoby te muszą zgłosić nam swoje przystąpienie do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia **w ciągu 6 miesięcy**, od otrzymania informacji o objęciu ubezpieczeniem emerytalnym na podstawie GSVG/FSVG lub wyłączeniu na podstawie § 5 GSVG. W zależności od momentu zgłoszenia przystąpienia ubezpieczenie rozpoczyna się albo:

- wraz z **rozpoczęciem ubezpieczenia emerytalnego** lub wyłączenia (informacja o przystąpieniu w ciągu 3 miesięcy)
- lub
- w **miesiącu następującym po miesiącu**, w którym nastąpiło przystąpienie (informacja o przystąpieniu po 3 miesiącu)

Jeśli przystąpienie nie zostanie zgłoszone w podanym wyżej terminie, ponowna możliwość pojawia się po 8, 16, 24... latach (w ciągu 6 miesięcy od zakończenia tego okresu).

### **W jaki sposób mogę przystąpić do ubezpieczenia?**

Formularze przystąpienia znajdują się:

- na naszej stronie internetowej [www.svagw.at](http://www.svagw.at) lub
- w oddziałach krajowych

### **Ile kosztuje ubezpieczenie na wypadek bezrobocia?**

Osoby, które raz zgłosiły swoje przystąpienie do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, muszą opłacać składki przez cały czas trwania obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego bądź wyłączenia na podstawie § 5 GSVG, przy czym stawka składki wynosi 6% podstawy wymiaru składki. Do wyboru są trzy opcje:

| podstawa wymiaru składki                      | składka miesięczna (2017) |
|---|---------------------------|
| 1/4 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG | 87,15 euro                |
| 1/2 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG | 174,30 euro               |
| 3/4 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG | 261,45 euro               |

**Uwaga:**

Wybrana podstawa wymiaru składki obowiązuje przez **cały okres ubezpieczenia na wypadek bezrobocia**. Ma ona wpływ nie tylko na wysokość składek, lecz także na wymiar możliwych świadczeń pieniężnych (np. zasiłek dla bezrobotnych).

Składki na ubezpieczenie na wypadek bezrobocia pobieramy razem z innymi składkami. Prawa do świadczeń z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia nabywa się tylko za te okresy, w których opłacało się wszystkie wymagane składki.

**Czy można zrezygnować z ubezpieczenia na wypadek bezrobocia?**

Z dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia można zrezygnować najwcześniej po 8, 16, 24... latach (w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu tego okresu).

**Już przed 31 grudnia 2008 r. nabyłem prawa do świadczeń z tytułu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia. Czy one nadal mi przysługują?**

Istnieją **przepisy przejściowe**, które zapewniają, że obowiązujące do 31 grudnia 2008 r. bezterminowe wydłużenie okresu ramowego oraz okresu dalszego pobierania zasiłku dla bezrobotnych i pomocy doraźnej obowiązuje nadal w całości bądź częściowo. W takim przypadku należy podjąć decyzję.

- czy zapewniona w tych ramach ochrona jest wystarczająca i w związku z tym dana osoba nie chce przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia

lub

- czy chce przystąpić do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

**Okres ramowy** = okres, w którym osoba ubezpieczona musi posiadać w określonym wymiarze zaliczone okresy ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, aby mieć prawo do zasiłku dla bezrobotnych.

Okresy, w których osoba prowadziła samodzielną działalność i posiadała ubezpieczenie zdrowotne na podstawie GSVG lub BSVG, wydłużają ten okres.

Ochrona w formie praw wynikających z wcześniejszego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia działa, jeśli

- osoba ubezpieczona przed dniem 1 stycznia 2009 r. była ubezpieczona na wypadek bezrobocia oraz prowadziła samodzielną działalność i w związku z tym posiadała ubezpieczenie zdrowotne na podstawie GSVG lub BSVG. W takim przypadku nadal obowiązuje wydłużenie bezterminowe.
- osoba ubezpieczona po terminie 31 grudnia 2008 r. podjęła samodzielną działalność, a przedtem na podstawie zatrudnienia przez co najmniej 5 lat była ubezpieczona na wypadek bezrobocia. Także w tym przypadku obowiązuje bezterminowe wydłużenie okresów.
- osoba ubezpieczona po terminie 31 grudnia 2008 r. podjęła samodzielną działalność, a przedtem na podstawie zatrudnienia przez mniej niż 5 lat była ubezpieczona na wypadek bezrobocia. W tym przypadku wydłużenie okresów jest ograniczone do 5 lat.

**Uwaga:**

Wydłużenie okresów stanowi ochronę tylko dla tych osób, które **mają** jeszcze **prawo do zasiłku dla bezrobotnych** lub nadal mogą pobierać zasiłek dla bezrobotnych bądź pomoc doraźną. W innych przypadkach wydłużenie okresów nic nie daje i osobom, które jako prowadzące samodzielną działalność chcą uzyskać ochronę przed ryzykiem bezrobocia, sugerujemy rozważenie przystąpienia do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

## Jakie świadczenia przysługują mi z tytułu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia?

Wyczerpujące informacje, dotyczące zasiłku dla bezrobotnych i pomocy doraźnej – [www.ams.at](http://www.ams.at) – Service für Arbeitsuchende – Finanzielles – Leistungen.

Wartości **dziennych stawek zasiłku dla bezrobotnych**, gdy stawki obliczane są wyłącznie na podstawie wybranej podstawy wymiaru składki dobrowolnego ubezpieczenia na wypadek bezrobocia (wartości na 2017):

- **23,36 euro** (1/4 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG)
- **37,42 euro** (1/2 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG)
- **51,74 euro** (3/4 maksymalnej podstawy wymiaru składki GSVG)

## Od kiedy mam prawo do świadczeń?

Przed skorzystaniem **po raz pierwszy** z zasiłku dla bezrobotnych należy w **ciągu ostatnich 24 miesięcy (= okres ramowy)** przed złożeniem wniosku o zasiłek dla bezrobotnych posiadać przez **co najmniej 52 tygodnie** zatrudnienie z ubezpieczeniem na wypadek bezrobocia. Przed kolejnym skorzystaniem z zasiłku dla bezrobotnych wystarcza 28 tygodni ubezpieczenia na wypadek bezrobocia w ciągu ostatnich 12 miesięcy (= okres ramowy). W przypadku **osób w wieku poniżej 25 lat** obowiązują korzystniejsze specjalne uregulowania.

# Zakładowe Fundusze Prewencyjne

## **APK Vorsorgekasse AG** (Kod kasy 71100)

1030 Wien, Thomas-Klestil-Platz 1, 4020 Linz, Stahlstraße 2-4

Telefon +43 (0)5 0275-50

E [office@apk-vk.at](mailto:office@apk-vk.at) [www.apk-vk.at](http://www.apk-vk.at)

## **Allianz Vorsorgekasse AG** (Kod kasy 71500 oraz 71510)

1130 Wien, Hietzinger Kai 101-105

Telefon +43 (0)5 9009-88750

E [servicekasse@allianz.at](mailto:servicekasse@allianz.at) [www.allianzvka.at](http://www.allianzvka.at)

## **BONUS Vorsorgekasse AG** (Kod kasy 71200)

1030 Wien, Traungasse 14-16

T +43 (0)1 994 99 74

E [kundenservice@bonusvorsorge.at](mailto:kundenservice@bonusvorsorge.at) [www.bonusvorsorge.at/vk](http://www.bonusvorsorge.at/vk)

## **BUAK Betriebliche Vorsorgekasse GesmbH** (Kod kasy 71900)

1050 Wien, Kliebergasse 1a

T +43 (0)5 795 79-3000

E [buak-bvk@buak.at](mailto:buak-bvk@buak.at) [www.buak-bvk.at](http://www.buak-bvk.at)

## **fair finance Vorsorgekasse AG** (Kod kasy 71150)

1080 Wien, Alser Straße 21

T +43 (0)1 405 71 71-0

E [info@fair-finance.at](mailto:info@fair-finance.at) [www.fair-finance.at](http://www.fair-finance.at)

## **Niederösterreichische Vorsorgekasse AG** (Kod kasy 71700)

3100 St. Pölten, Neue Herrengasse 10

Telefon +43 (0)2742 90555-7160

E [office@noevk.at](mailto:office@noevk.at) [www.noevk.at](http://www.noevk.at)

## **Valida Plus AG** (Kod kasy 71300)

1190 Wien, Mooslackengasse 12

T +43 (0)1 316 48-0

E [service-plus@valida.at](mailto:service-plus@valida.at) [www.valida.at](http://www.valida.at)

## **VBV – Vorsorgekasse AG** (Kassenleitzahl 71600)

1190 Wien, Mooslackengasse 12

T +43 (0)1 217 01-8500

E [info@vorsorgekasse.at](mailto:info@vorsorgekasse.at) [www.vorsorgekasse.at](http://www.vorsorgekasse.at)



# Adresy oddziałów krajowych SVA

|               |  |
|---------------|--|
| Wiedeń        | 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86,<br>Telefon 05 08 08-2021, Faks 05 08 08-9129<br>e-mail: vs.w@svagw.at  |
| Dolna Austria | 3100 St. Pölten, Neugebäudeplatz 1,<br>Telefon 05 08 08-2022, Faks 05 08 08-9229<br>e-mail: vs.noe@svagw.at<br><br>Punkt usługowy Baden<br>2500 Baden, Bahngasse 8,<br>Telefon 05 08 08-2072, Faks 05 08 08-9298<br>e-mail: service.baden@svagw.at |
| Burgenland    | 7000 Eisenstadt, Osterwiese 2,<br>Telefon 05 08 08-2023, Faks 05 08 08-9329<br>e-mail: vs.bgld@svagw.at  |
| Górna Austria | 4010 Linz, Mozartstraße 41,<br>Telefon 05 08 08-2024, Faks 05 08 08-9429<br>e-mail: vs.ooe@svagw.at  |
| Styria        | 8010 Graz, Körblergasse 115,<br>Telefon 05 08 08-2025, Faks 05 08 08-9529<br>e-mail: vs.stmk@svagw.at  |
| Karyntia      | 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofstraße 67,<br>Telefon 05 08 08-2026, Faks 05 08 08-9629<br>e-mail: vs.ktn@svagw.at   |
| Salzburg      | 5020 Salzburg, Auerspergstraße 24,<br>Telefon 05 08 08-2027, Faks 05 08 08-9729<br>e-mail: vs.sbg@svagw.at   |
| Tyrol         | 6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 1,<br>Telefon 05 08 08-2028, Faks 05 08 08-9829<br>e-mail: vs.t@svagw.at  |
| Vorarlberg    | 6800 Feldkirch, Schloßgraben 14,<br>Telefon 05 08 08-2029, Faks 05 08 08-9929<br>e-mail: vs.vbg@svagw.at   |



