jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

§ 122 ASVG Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung.

ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 03.07.2025

1. (1)Der Versicherte hat nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen (§ 123), wenn der Versicherungsfall
   1. a)während der Versicherung oder
   2. b)vor dem auf das Ende der Versicherung nächstfolgenden Arbeitstag

   eingetreten ist (§ 120). Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit werden auch gewährt, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in allen diesen Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus weiterzugewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.
2. (2)Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:
   1. 1.an Personen, die Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern dieser Anspruch nicht gemäß Abs. 3 entstanden ist, und zwar
      1. a)während der ersten drei Tage der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 ASVG Anspruch auf Krankengeld nicht besteht,
      2. b)während des Anspruches auf Kranken- oder Wochen- oder Wiedereingliederungsgeld, auch wenn dieser Anspruch ruht,
      3. c)während der Gewährung der Anstaltspflege oder der Unterbringung in einem Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder
      4. d)während des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder auf Pflegekostenzuschuß gemäß § 150 gegenüber einem Versicherungsträger;
   2. 2.an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis) begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von sechs Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu

laufen. Die Frist von sechs Wochen verlängert sich

1. a)um die Dauer eines Präsenz- oder Ausbildungsdienstes auf Grund des Wehrgesetzes 2001 – ausgenommen um Zeiten einer Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. e – bzw. eines auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienstes;
2. b)um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Anspruchsverlustes auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gemäß den §§ 10, 11 bzw. 25 Abs. 2 AlVG über die Frist von sechs Wochen hinausgeht;

3. 3.an Personen, die nach § 21a AlVG keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben.

(Anm.: Z 4 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 102/2010)

3. (3)Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muß, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser Gründe unmittelbar im Anschluß an einen Zeitraum des Bezuges eines Karenzgeldes nach dem KGG ihre vorherige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen hat. Die Voraussetzung von mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonaten entfällt, wenn die Versicherte in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mindestens zwölf Monate in der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert war. Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Pflichtversicherung und dem Eintritt des Versicherungsfalles oder danach während der Zeit, für die Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht, der Versicherungsfall der Krankheit ein, gebühren die Leistungen aus diesem Versicherungsfall.
4. (3a)Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.
5. (4)Erwerbslosigkeit im Sinne des Abs. 2 Z. 2 liegt auch vor, wenn bei einem mehrfach Versicherten (§ 128) ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis endet und das Entgelt aus den weiterbestehenden Beschäftigungs(Lehr)verhältnissen den Betrag von 355,01 € (Anm. 1) monatlich nicht übersteigt; das gleiche gilt, wenn der aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, aus der er ein 355,01 € (Anm. 1) monatlich nicht übersteigendes Einkommen erzielt. An die Stelle des Betrages von 355,01 € (Anm. 1) tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. In sonstigen Fällen werden Leistungen nach Abs. 2 Z. 2 sowie nach Abs. 3 und 3a nicht gewährt, sobald die betreffende Person auf Grund dieses Bundesgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung versichert ist oder wenn sie sich ins Ausland begibt. Die Selbstversicherung in der Krankenversicherung (§ 16), die Krankenversicherung wegen Bezuges einer Pension aus der Sozialversicherung oder eines Ruhe- bzw. Versorgungsbezuges aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ferner die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 und die Krankenversicherung der Hinterbliebenen nach dem Heeresversorgungsgesetz lassen den Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 Z. 2 sowie nach Abs. 3 unberührt.
6. (5)Wo im folgenden Versicherte als Anspruchsberechtigte genannt werden, sind hierunter, soweit nichts anderes bestimmt wird, auch die im Abs. 2 bezeichneten aus der Versicherung ausgeschiedenen anspruchsberechtigten Personen zu verstehen.

In Kraft seit 01.07.2017 bis 31.12.9999

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at