



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Per Telefax: 05 / 780 761

Beitragskontonummer

**Mindestangaben-
Anmeldung
für eine fallweise beschäftigte Person**

.....
Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >		Versicherungsnummer									
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		<input type="checkbox"/> weiblich									
		<input type="checkbox"/> männlich									
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr						
Beschäftigt im	Monat	Jahr	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	
			9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	
	an folgenden mit X		17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	
	bezeichneten Tagen:		25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.		
Beschäftigungsort (int. KFZ-K., PLZ, Ort)											

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum

Hinweise:

Sie sind verpflichtet die vollständige An- und Abmeldung innerhalb von sieben Tagen des auf die fallweise Beschäftigung nächstfolgenden Kalendermonates zu erstatten.

Fallweise Beschäftigte sind Personen, die in unregelmäßiger Folge tageweise bei der selben Dienstgeberin/beim selben Dienstgeber beschäftigt werden, wenn die Beschäftigung für eine **kürzere Zeit** als eine Woche vereinbart ist (§§ 471a bis 471e ASVG).

Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter www.elda.at.

Die Telefaxnummer 05 / 780 761 ist nur für die Erstattung der Mindestangaben-Anmeldung zu verwenden.