



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 **An- und Abmeldung**
für eine fallweise beschäftigte Person

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad								
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		Tag	Monat	Jahr				
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		weiblich männlich		Staatsangehörigkeit						
Beschäftigt gewesen als (Tätigkeit bitte genau bezeichnen):		Beitragsgruppe:								
beschäftigt im Monat/Jahr an folgenden mit X bezeichneten Tagen:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Arbeiter/in Angestellte/r		
	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.			
	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	geringfügig beschäftigt ja nein		
	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.			
	29.	30.	31.							

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:

Entgeltfortzahlungsgesetz Entgeltfortzahlung gemäß § 1154b ABGB

Angestelltengesetz

Vertragsbedienstetengesetz: Entlohnungsschema

andere gesetzliche Regelung:

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW

Kassenvermerke

Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. €

Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen):

€

€

monatliches Gesamtentgelt €

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

Besondere Hinweise für Dienstnehmer/innen

Sehr geehrte Dienstnehmerin! Sehr geehrter Dienstnehmer!

Wir ersuchen Sie, folgende Angaben auf der Vorderseite dieser Meldung zu überprüfen:

- *Familienname/Nachname und Vorname/n (genaue Schreibweise)*
- *Geburtsdatum*
- *Versicherungsnummer*
- *Anschrift*

Ist die Schreibweise Ihres Namens oder das Geburtsdatum bzw. Ihre Versicherungsnummer unrichtig, ersuchen Sie bitte Ihre Dienstgeberin/Ihren Dienstgeber, die erforderliche Richtigstellung beim zuständigen Krankenversicherungsträger zu veranlassen.

Sollte Ihre e-card in Verlust geraten sein, können Sie eine Ersatzkarte über die Serviceline der österreichischen Sozialversicherung unter der Telefonnummer 050 124 33 11 von Montag bis Freitag von 7 bis 19 Uhr anfordern.

Falls Sie Ihre e-card noch nicht besitzen und diese vier Wochen nach erfolgter Anmeldung nicht erhalten, setzen Sie sich bitte mit Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger in Verbindung.

Wiener Gebietskrankenkasse,

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19, Tel. 01/601 22-0

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Tel. 050899-6100

Burgenländische Gebietskrankenkasse,

7000 Eisenstadt, Siegfried Marcus-Straße 5, Tel. 02682/608-0

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,

4021 Linz, Gruberstraße 77, Tel. 05/7807-0

Steiermärkische Gebietskrankenkasse,

8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Tel. 0316/8035-0

Kärntner Gebietskrankenkasse,

9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8, Tel. 050 58 55

Salzburger Gebietskrankenkasse,

5021 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10, Tel. 0662/88 89-0

Tiroler Gebietskrankenkasse,

6021 Innsbruck, Klara-Pörtl-Weg 2, Tel. 059160-0

Vorarlberger Gebietskrankenkasse,

6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Tel. 050 84 55

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,

Hauptstelle Wien: 1061 Wien, Linke Wienzeile 48-52, Tel. 01/58848-0

Geschäftsstelle Graz: 8011 Graz, Lessingstraße 20, Tel. 0316/330-0



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung f. d. Dienstgeber/in

Beitragskontonummer

3 **An- und Abmeldung**
für eine fallweise beschäftigte Person

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad								
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		Tag	Monat	Jahr				
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		weiblich männlich		Staatsangehörigkeit						
Beschäftigt gewesen als (Tätigkeit bitte genau bezeichnen):		Beitragsgruppe:								
beschäftigt im Monat/Jahr an folgenden mit X bezeichneten Tagen:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Arbeiter/in Angestellte/r		
	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.			
	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	geringfügig beschäftigt ja nein		
	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.			
	29.	30.	31.							

Bitte beachten: Geringfügig Beschäftigte sind nur unfallversichert!

Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:

Entgeltfortzahlungsgesetz Entgeltfortzahlung gemäß § 1154b ABGB

Angestelltengesetz

Vertragsbedienstetengesetz: Entlohnungsschema

andere gesetzliche Regelung:

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW

Kassenvermerke

Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. €

Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen):

€

€

monatliches Gesamtentgelt €

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

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*