



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

**Beitragskontonummer**

## 1 Anmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		weiblich männlich	Staatsangehörigkeit		
beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr	geringfügig beschäftigt ja    nein	Arbeiter/in Angestellte/r
BV – Beitragszahlung ab:	Tag	Monat	Jahr	Beitragsgruppe:	

Art der Tätigkeit (bitte genau bezeichnen):

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

**Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:**  
 EFZG                                      EF-Zahlung gem. § 1154b ABGB  
 Ang.-Gesetz                              VBG: Entlohnungsschema .....  
 BUAG  
 andere gesetzliche Regelung: .....

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW  
 Bei Lehrlingen: Lehre vom ..... bis .....; Ende 1. Lehrjahr am .....

Die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer ist mit der Dienstgeberin/dem Dienstgeber  
 verheiratet                                      verwandt (wenn ja, wie?) .....

am Unternehmen beteiligt (Art)..... Höhe ..... %

**Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:**  
 Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996  
 freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG

Kassenvermerke

**Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. ohne Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage** € ....., .....

**Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen):** € ....., .....

**monatliches Gesamtentgelt** € ....., .....

Durchschnittlich beschäftigt in der Woche: ..... Tage; ..... Stunden pro Woche

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 .....	



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung f. d. Dienstnehmer/in  
**Beitragskontonummer**

## 2 Anmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers  
Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		weiblich männlich	Staatsangehörigkeit		
beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr	geringfügig beschäftigt ja    nein	Arbeiter/in Angestellte/r
BV – Beitragszahlung ab:	Tag	Monat	Jahr	Beitragsgruppe:	

Art der Tätigkeit (bitte genau bezeichnen):

### Bitte beachten: Geringfügig Beschäftigte sind nur unfallversichert!

**Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:**

EFZG                                      EF-Zahlung gem. § 1154b ABGB  
 Ang.-Gesetz                            VBG: Entlohnungsschema .....  
 BUAG  
 andere gesetzliche Regelung: .....

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW  
 Bei Lehrlingen: Lehre vom ..... bis .....; Ende 1. Lehrjahr am .....

Die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer ist mit der Dienstgeberin/dem Dienstgeber  
 verheiratet                                      verwandt (wenn ja, wie?) .....

am Unternehmen beteiligt (Art)..... Höhe .....%

**Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:**  
 Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996  
 freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG

Kassenvermerke

**Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. ohne Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage** € .....

**Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen):** € .....

**monatliches Gesamtentgelt** € .....

Durchschnittlich beschäftigt in der Woche: ..... Tage; ..... Stunden pro Woche

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:

- *Familiennamen/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, 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*



***Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung***

*Name* .....

.....

*Straße* .....

*PLZ* ..... *Ort* .....