



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

**Beitragskontonummer**

## 1 Änderungsmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen) akad. Grad

Vorname(n) Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde

Änderung des Entgeltes (Lohn, Gehalt usw.) ab

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

Table with 7 empty columns for data entry.

Sonstige Änderung ab

BV-Beitragszahlung .....
Namensänderung der/des Versicherten .....
Adressänderung der/des Versicherten .....
Beginn des 2. Lehrjahres Beginn des letzten Lehrjahres
Ende des Lehrverhältnisses
Lehrabschlussprüfung abgelegt am: .....
Nachtschwerarbeitsgesetz (Art. VII Abs.2) Beginn Ende
Übernahme in das Angestelltenverhältnis
vollversichert geringfügig beschäftigt
Änderung der Beitragsgruppe von ..... in .....

Kassenvermerke

Nur auszufüllen, wenn der Dienstgeber Inhaber eines Tabakfachgeschäftes ist:

Der Dienstnehmer ist Angehöriger nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Form fields for employer information: Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers, Betriebsart, Telefonnummer, Anschrift, Betriebsstätte, E-Mail, Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in, Datum.

Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung f. d. Dienstgeber/in  
Beitragskontonummer

## 2 Änderungs- meldung

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

**Änderung des Entgeltes**  
(Lohn, Gehalt usw.) ab

Tag	Monat	Jahr

**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

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

Sonstige Änderung ab			Tag	Monat	Jahr	Kassenvermerke
BV-Beitragszahlung .....						
Namensänderung der/des Versicherten .....						
Adressänderung der/des Versicherten .....						
Beginn des 2. Lehrjahres			Beginn des letzten Lehrjahres			
Ende des Lehrverhältnisses						
Lehrabschlussprüfung abgelegt am: .....						
Nachtshwerarbeitsgesetz (Art. VII Abs.2)			Beginn		Ende	
Übernahme in das Angestelltenverhältnis						
vollversichert			geringfügig beschäftigt			
Änderung der Beitragsgruppe			von ..... in .....			
.....						

**Nur auszufüllen, wenn der Dienstgeber Inhaber eines Tabakfachgeschäftes ist:**

Der Dienstnehmer ist Angehöriger nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

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* .....