



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

**Beitragskontonummer**

## 1 Abmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname akad. Grad

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

Arbeiter/in  Angestellte/r  geringfügig beschäftigt  ja  nein

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses 

| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|
|     |       |      |

 Kündigungsschädigung: vom ..... bis .....

Ende des Entgeltanspruches 

| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|
|     |       |      |

 Urlaubersatzleistung: vom ..... bis .....

Ende der Zahlung des MV-Beitrages 

| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|
|     |       |      |

### Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- 01 Kündigung durch DG
- 02 Kündigung durch DN
- 03 einvernehmliche Lösung
- 04 Zeitablauf
- 05 berechtigter vorzeitiger Austritt
- 06 fristlose Entlassung
- 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG
- 08 Präsenzdienst im Bundesheer
- 09 Zivildienst
- 10 Pragmatisierung
- 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub
- 12 Ummeldung
- 13 Tod der/des DN
- 14 Änderung der SV-Pflicht
- 15 Truppenübung
- 00 sonstige Gründe .....
- 16 Pensionierung
- 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
- 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
- 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
- 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
- 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
- 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
- 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
- 24 vorzeitiger Austritt gem. § 25 KO durch DN
- 25 Kündigung durch Masseverwalter/in gem. § 25 KO
- 26 Kündigung durch DN gemäß § 20c AO
- 27 Kündigung durch DG gemäß § 20c AO
- 28 Wiedereinstellungszusage bei aufrechter Arbeitsverhältnis

### Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € .....

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG) Beitragsgrundlage Malus € .....

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| 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

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

**Beitragskontonummer**

## 1 Abmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

|                       |  |            |  |                     |  |  |
|-----------------------|--|------------|--|---------------------|--|--|
| Familienname/Nachname |  | akad. Grad |  | Versicherungsnummer |  |  |
|-----------------------|--|------------|--|---------------------|--|--|

|            |  |  |                                |     |       |      |
|------------|--|--|--------------------------------|-----|-------|------|
| Vorname(n) |  |  | Geb.-Datum lt.<br>Geb.-Urkunde | Tag | Monat | Jahr |
|------------|--|--|--------------------------------|-----|-------|------|

Arbeiter/in     Angestellte/r    geringfügig beschäftigt     ja     nein

|   |     |       |      |  |
|---|-----|-------|------|--|
| Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses | Tag | Monat | Jahr | Kündigungsschädigung:<br>vom ..... bis ..... |
|   |     |       |      |  |
| Ende des Entgeltanspruches                              | Tag | Monat | Jahr | Urlaubersatzleistung:<br>vom ..... bis ..... |
|   |     |       |      |  |
| Ende der Zahlung des MV-Beitrages                       | Tag | Monat | Jahr |  |
|   |     |       |      |  |

### Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Kündigung durch DG                                | <input type="checkbox"/> 16 Pensionierung  |
| <input type="checkbox"/> 02 Kündigung durch DN                                | <input type="checkbox"/> 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG                |
| <input type="checkbox"/> 03 einvernehmliche Lösung                            | <input type="checkbox"/> 18 Enthebung von der Gerichtspraxis                               |
| <input type="checkbox"/> 04 Zeitablauf  | <input type="checkbox"/> 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis                               |
| <input type="checkbox"/> 05 berechtigter vorzeitiger Austritt                 | <input type="checkbox"/> 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung                             |
| <input type="checkbox"/> 06 fristlose Entlassung                              | <input type="checkbox"/> 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG |
| <input type="checkbox"/> 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG                        | <input type="checkbox"/> 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt                            |
| <input type="checkbox"/> 08 Präsenzdienst im Bundesheer                       | <input type="checkbox"/> 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG                                |
| <input type="checkbox"/> 09 Zivildienst                                       | <input type="checkbox"/> 24 vorzeitiger Austritt gem. § 25 KO durch DN                     |
| <input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung                                   | <input type="checkbox"/> 25 Kündigung durch Masseverwalter/in gem. § 25 KO                 |
| <input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub | <input type="checkbox"/> 26 Kündigung durch DN gemäß § 20c AO                              |
| <input type="checkbox"/> 12 Ummeldung   | <input type="checkbox"/> 27 Kündigung durch DG gemäß § 20c AO                              |
| <input type="checkbox"/> 13 Tod der/des DN                                    | <input type="checkbox"/> 28 Wiedereinstellungszusage bei aufrechterm Arbeitsverhältnis     |
| <input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht                           |  |
| <input type="checkbox"/> 15 Truppenübung                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe .....                             |  |

### Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € .....

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG) Beitragsgrundlage Malus € .....

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| 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:*

- **Familien- und Vorname/n** (genaue Schreibweise)
- **Geburtsdatum**
- **Versicherungsnummer**

*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.**



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

**Beitragskontonummer**

## 1 Abmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

|                       |  |            |  |  |  |  |
|-----------------------|--|------------|--|--|--|--|
| Familienname/Nachname |  | akad. Grad |  |  |  |  |
|-----------------------|--|------------|--|--|--|--|

|            |  |  |                                |     |       |      |
|------------|--|--|--------------------------------|-----|-------|------|
| Vorname(n) |  |  | Geb.-Datum lt.<br>Geb.-Urkunde | Tag | Monat | Jahr |
|------------|--|--|--------------------------------|-----|-------|------|

Arbeiter/in     Angestellte/r    geringfügig beschäftigt     ja     nein

|   |     |       |      |  |
|---|-----|-------|------|--|
| Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses | Tag | Monat | Jahr | Kündigungsschädigung:<br>vom ..... bis ..... |
|   |     |       |      |  |
| Ende des Entgeltanspruches                              | Tag | Monat | Jahr | Urlaubersatzleistung:<br>vom ..... bis ..... |
| Ende der Zahlung des MV-Beitrages                       | Tag | Monat | Jahr |  |

### Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Kündigung durch DG                                | <input type="checkbox"/> 16 Pensionierung  |
| <input type="checkbox"/> 02 Kündigung durch DN                                | <input type="checkbox"/> 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG                |
| <input type="checkbox"/> 03 einvernehmliche Lösung                            | <input type="checkbox"/> 18 Enthebung von der Gerichtspraxis                               |
| <input type="checkbox"/> 04 Zeitablauf  | <input type="checkbox"/> 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis                               |
| <input type="checkbox"/> 05 berechtigter vorzeitiger Austritt                 | <input type="checkbox"/> 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung                             |
| <input type="checkbox"/> 06 fristlose Entlassung                              | <input type="checkbox"/> 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG |
| <input type="checkbox"/> 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG                        | <input type="checkbox"/> 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt                            |
| <input type="checkbox"/> 08 Präsenzdienst im Bundesheer                       | <input type="checkbox"/> 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG                                |
| <input type="checkbox"/> 09 Zivildienst                                       | <input type="checkbox"/> 24 vorzeitiger Austritt gem. § 25 KO durch DN                     |
| <input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung                                   | <input type="checkbox"/> 25 Kündigung durch Masseverwalter/in gem. § 25 KO                 |
| <input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub | <input type="checkbox"/> 26 Kündigung durch DN gemäß § 20c AO                              |
| <input type="checkbox"/> 12 Ummeldung   | <input type="checkbox"/> 27 Kündigung durch DG gemäß § 20c AO                              |
| <input type="checkbox"/> 13 Tod der/des DN                                    | <input type="checkbox"/> 28 Wiedereinstellungszusage bei aufrechterm Arbeitsverhältnis     |
| <input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht                           |  |
| <input type="checkbox"/> 15 Truppenübung                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe .....                             |  |

### Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € .....

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG) Beitragsgrundlage Malus € .....

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| 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* .....