



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

**AN DIE**

**Per Telefax: 05 / 780 761**

**Beitragskontonummer**

## Mindestangaben-Anmeldung

.....  
Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

| <i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶</i>  |       |   |  | <i>Versicherungsnummer</i>   |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
|--|-------|---|--|--|-------|---|--|-----|-------|------|--|--|--|
| Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen) |       |   |  | <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> männlich |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
| Vorname(n)   |       |   |  | Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde  |       | <table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | Tag | Monat | Jahr |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr  |  |  |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
|  |       |   |  |  |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
| beschäftigt ab:  |       | <table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | Tag  | Monat | Jahr  |  |     |       |      |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr  |  |  |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
|  |       |   |  |  |       |   |  |     |       |      |  |  |  |
| Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)                |       |   |  |  |       |   |  |     |       |      |  |  |  |

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers           |                | Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten<br><br><br><br><br><br>Datum ..... |
| 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:        |  |

**Hinweise:**

Sie sind verpflichtet, innerhalb von sieben Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.

Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter [www.elda.at](http://www.elda.at).

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

**HV – KV 001a-1/01.09**