



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 Abmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Versicherungsnummer

Familiename/Nachname		akad. Grad		Versicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		Tag	Monat	Jahr

Arbeiter/in Angestellte/r geringfügig beschäftigt ja nein

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses	Tag	Monat	Jahr	Kündigungsschädigung: vom bis
Ende des Entgeltanspruches	Tag	Monat	Jahr	
Ende der Zahlung des BV-Beitrages	Tag	Monat	Jahr	

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

<input type="checkbox"/> 01 Kündigung durch DG	<input type="checkbox"/> 15 Truppenübung
<input type="checkbox"/> 02 Kündigung durch DN	<input type="checkbox"/> 16 Pensionierung
<input type="checkbox"/> 03 einvernehmliche Lösung	<input type="checkbox"/> 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
<input type="checkbox"/> 04 Zeitablauf	<input type="checkbox"/> 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
<input type="checkbox"/> 05 berechtigter vorzeitiger Austritt	<input type="checkbox"/> 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
<input type="checkbox"/> 06 fristlose Entlassung	<input type="checkbox"/> 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
<input type="checkbox"/> 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG	<input type="checkbox"/> 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
<input type="checkbox"/> 08 Präsenzdienst im Bundesheer	<input type="checkbox"/> 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
<input type="checkbox"/> 09 Zivildienst	<input type="checkbox"/> 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
<input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung	<input type="checkbox"/> 24 vorzeitiger Austritt gemäß § 25 IO durch DN
<input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat während unbezahlter Urlaub	<input type="checkbox"/> 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
<input type="checkbox"/> 12 Ummeldung	<input type="checkbox"/> 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
<input type="checkbox"/> 13 Tod der/des DN	<input type="checkbox"/> 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
<input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht	
<input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe	

Nur auszufüllen, wenn 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 (inkl. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer	
Anschrift (inkl. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		E-Mail
		Datum: