



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 Anmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

versicherungsnummer

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.)		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsangehörigkeit		
beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr	geringfügig beschäftigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r
BV - Beitragszahlung ab:	Tag	Monat	Jahr	Beitragsgruppe:		

Art der Tätigkeit (bitte genau bezeichnen):

Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:

Entgeltfortzahlungsgesetz Entgeltfortzahlung gemäß § 1154b ABGB
 Angestelltengesetz Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz
 andere gesetzliche Regelung:

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW

Bei Lehrlingen: Lehre vom bis ; Ende 1. Lehrjahr am

Mit der Dienstgeberin/dem Dienstgeber: verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend
 verwandt (wenn ja, wie?)

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

Nur auszufüllen, wenn 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

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.)		Datum