

ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

DG - Kontonummer

1 Abmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Versicherungsnummer

Familienname		akad. Grad				
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		Tag	Monat	Jahr

Arbeiter/in Angestellte/r Malus ja nein geringfügig beschäftigt ja nein

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses	Tag	Monat	Jahr	Kündigungsentschädigung: vom bis
Ende des Entgeltanspruches	Tag	Monat	Jahr	
Ende der Zahlung des MV-Beitrages	Tag	Monat	Jahr	
				Ersatzleistung (Urlaubsentschäd./-abfindung): vom bis

--	--	--	--	--	--	--

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 aufrechter Arbeitsverhältnis <input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht <input type="checkbox"/> 15 Truppenübung <input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe		Kassenvermerke
Nur auszufüllen, wenn d. Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist: <input type="checkbox"/> Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996		

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): €

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