

 **ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG**

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

DG- Kontonummer

1 **Änderungs-
meldung**

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers
Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr

Änderung des Entgeltes
(Lohn, Gehalt usw.) ab

Tag	Monat	Jahr

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

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

Sonstige Änderung ab

Tag	Monat	Jahr

Kassenvermerke

MV-Beitragszahlung

Namensänderung der/des Versicherten

Adressänderung der/des Versicherten

Beginn des 2. Lehrjahres Beginn des letzten Lehrjahres

Ende des Lehrverhältnisses

Lehrabschlussprüfung abgelegt am:

Nachtschwerarbeitsgesetz (Art. VII Abs.2) Beginn Ende

Übernahme in das Angestelltenverhältnis

vollversichert geringfügig beschäftigt

Änderung der Beitragsgruppe von in

.....

Nur auszufüllen, wenn der Dienstgeber Inhaber eines Tabakfachgeschäftes ist:

Der Dienstnehmer ist Angehöriger nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

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	

NÖGKK - VA 102 - 01/07 - 20.000