



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 Anmeldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

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.)		weiblich männlich	Staatsangehörigkeit		
beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr	geringfügig beschäftigt ja nein	Arbeiter/in Angestellte/r
	Tag	Monat	Jahr	Beitragsgruppe:	
BV – Beitragszahlung ab:	Tag	Monat	Jahr		

Art der Tätigkeit (bitte genau bezeichnen):

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

Das Arbeitsverhältnis unterliegt folgenden gesetzlichen Regelungen:

EFZG EF-Zahlung gem. § 1154b ABGB
 Ang.-Gesetz VBG: Entlohnungsschema

BUAG
 andere gesetzliche Regelung:

Folgende Nebenbeiträge werden verrechnet: AK LK WF IE NB SW
 Bei Lehrlingen: Lehre vom bis; Ende 1. Lehrjahr am

Die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer ist mit der Dienstgeberin/dem Dienstgeber
 verheiratet verwandt (wenn ja, wie?)

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

Nur auszufüllen, wenn d. 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

Kassenvermerke

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.)	E-Mail:		
		Datum	

Besondere Hinweise für Dienstnehmer/innen

Sehr geehrte Dienstnehmerin! Sehr geehrter Dienstnehmer!

Wir ersuchen Sie, folgende Angaben auf der Vorderseite dieser Meldung zu überprüfen:

- *Familiennamen/Nachname und Vorname/n (genaue Schreibweise)*
- *Geburtsdatum*
- *Versicherungsnummer*
- *Anschrift*

Ist die Schreibweise Ihres Namens oder das Geburtsdatum bzw. Ihre Versicherungsnummer unrichtig, ersuchen Sie bitte Ihre Dienstgeberin/Ihren Dienstgeber, die erforderliche Richtigstellung beim zuständigen Krankenversicherungsträger zu veranlassen.

Sollte Ihre e-card in Verlust geraten sein, können Sie eine Ersatzkarte über die Serviceline der österreichischen Sozialversicherung unter der Telefonnummer 050 124 33 11 von Montag bis Freitag von 7 bis 19 Uhr anfordern.

Falls Sie Ihre e-card noch nicht besitzen und diese vier Wochen nach erfolgter Anmeldung nicht erhalten, setzen Sie sich bitte mit Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger in Verbindung.

Wiener Gebietskrankenkasse,

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19, Tel. 01/601 22-0

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Tel. 050899-6100

Burgenländische Gebietskrankenkasse,

7000 Eisenstadt, Esterházyplatz 3, Tel. 02682/608-0

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,

4021 Linz, Gruberstraße 77, Tel. 05/7807-0

Steiermärkische Gebietskrankenkasse,

8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Tel. 0316/8035-0

Kärntner Gebietskrankenkasse,

9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8, Tel. 050 58 55

Salzburger Gebietskrankenkasse,

5021 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg, Tel. 0662/88 89-0

Tiroler Gebietskrankenkasse,

6021 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, Tel. 059160-0

Vorarlberger Gebietskrankenkasse,

6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Tel. 050 84 55

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,

Hauptstelle Wien: 1061 Wien, Linke Wienzeile 48-52, Tel. 01/58848-0

Geschäftsstelle Graz: 8011 Graz, Lessingstraße 20, Tel. 0316/330-0

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*