

# BEIBLATT

## ZUM DIENSTLEISTUNGSSCHECK

Bei **erstmaliger Inanspruchnahme** eines Dienstleistungsschecks (DLS) **oder bei Änderung** persönlicher Daten ist das Beiblatt gemeinsam auszufüllen und von den Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen spätestens mit dem ersten DLS bei der **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, Geschäftsstelle Graz (Lessingstraße 20, 8010 Graz)**, sowie jeder anderen BVAEB Dienststelle oder bei einer Österreichischen Gesundheitskasse persönlich abzugeben oder per Post einzusenden.

### Daten der Arbeitgeber/innen

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<small>Geburtsdatum (TT/MM/JJ)</small> <input type="text"/>									
Familienname		Vorname	Sozialversicherungsnummer									
<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Titel		Geschlecht (M/W)										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
PLZ	Ort	Straße/Nr./Stiege/Stock/Tür										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Telefon/Handy		E-Mail										

Die Entlohnung mittels Dienstleistungsscheck zwischen Ehepartnern (dies gilt auch für Lebensgefährten), Eltern(teilen) und Kindern, sowie unter Großeltern und Enkeln, ist nicht zulässig.

Hiermit bestätige ich, dass ich mit dem/der unten angeführten Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin in keinem der aufgezählten Verwandtschaftsverhältnisse stehe.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

### Daten der Arbeitnehmer/innen

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<small>Geburtsdatum (TT/MM/JJ)</small> <input type="text"/>										
Familienname		Vorname	Sozialversicherungsnummer										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Titel		Geschlecht (M/W)		Nationalität					Staat bei Wohnsitz im Ausland				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
PLZ	Ort	Straße/Nr./Stiege/Stock/Tür											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Telefon/Handy		E-Mail											
<input type="text"/>					<input type="text"/>								
IBAN					BIC (nur bei ausländischer Bankverbindung)								

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Ich ersuche um Übermittlung eines Antrages zur **Selbstversicherung** in der Kranken- und Pensionsversicherung nach §19a ASVG.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.dienstleistungsscheck-online.at](http://www.dienstleistungsscheck-online.at) oder telefonisch im Kompetenzzentrum Dienstleistungsscheck unter der Servicenummer 0810 555 666.

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter [www.bvaeb.sv.at](http://www.bvaeb.sv.at) (Ausgabe 2020)