



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

An die

Beitragskontonummer

Arbeits- und Entgeltsbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)	akad. Grad			
--	------------	--	--	--

Vorname/n	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde			
-----------	-----------------------------	--	--	--

Anschrift (Int. KFZ-K., Plz., Ort, Straße, Nr.)

Beschäftigt seit: (letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)	Tag	Monat	Jahr	Arbeitsfreie/r Tag/e Mo Di Mi Do Fr Sa So	oder andere Regelung
	bei <input type="checkbox"/> 5,- <input type="checkbox"/> 6,- oder Tage-Woche, bei – Tage-Turnus.				
als (Tätigkeit genau bezeichnen)					
<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/> Freie Dienstnehmerin/ Freier Dienstnehmer					
Grund d. Arbeitseinstellung <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit					
Letzter Arbeitstag:			Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:		
Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> 01 – Kündigung d. Dienstgeber/in <input type="checkbox"/> 02 – Kündigung d. Dienstnehmer/in <input type="checkbox"/> 03 – Einvernehmliche Lösung <input type="checkbox"/> 04 – Zeitablauf <input type="checkbox"/> 05 – Berechtigter vorzeitiger Austritt <input type="checkbox"/> 06 – Fristlose Entlassung <input type="checkbox"/> 07 – Karenz nach MSchG/VKG <input type="checkbox"/> 08 – Präsenzdienstleistung im Bundesheer <input type="checkbox"/> 09 – Zivildienst <input type="checkbox"/> 10 – Pragmatisierung <input type="checkbox"/> 12 – Ummeldung <input type="checkbox"/> 30 – Lösung in der Probezeit <input type="checkbox"/> 00 – sonstige Gründe:		
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird					
<input type="checkbox"/> nicht gelöst					
<input type="checkbox"/> gelöst mit:					
Tag	Monat	Jahr			

Bankverbindung der/des Versicherten:

Kontonummer bzw. IBAN	Bankleitzahl bzw. BIC
-----------------------	-----------------------

Beitragspflichtiges Entgelt - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/innen in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches

Anzugeben sind Geldbezüge (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) und allenfalls Sachbezüge

ab bis €	Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab bis €	Sachbezüge (Art und mengenmäßig genau anführen)
ab bis €
ab bis €
Zusammen €	

Anspruch auf Sonderzahlung ja nein

Vordienstzeiten <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage: 1. 2. 3. 4. 5. 6.
Kündigungsentschädigung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	
Urlaubersatzleistung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	
freiwillige Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> ja, ab bis <input type="checkbox"/> nein	

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis	Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes: % ab bis % ab bis
Anspruch auf Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> 4 Wo., <input type="checkbox"/> 6 Wo., <input type="checkbox"/> 8 Wo., <input type="checkbox"/> 10 Wo., <input type="checkbox"/> 12 Wo.	
Berechnet nach <input type="checkbox"/> Arbeitsjahr <input type="checkbox"/> Kalenderjahr <input type="checkbox"/> Arbeitstage <input type="checkbox"/> Kalendertage	

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

ab bis ab bis ab bis

ab bis ab bis ab bis

Für allfällige Rückfragen Daten der Bearbeiterin / des Bearbeiters bzw. der Kontaktperson	Telefonnummer, Unterschrift und Stempel d. Dienstgeberin/Dienstgebers bzw. d. Bevollmächtigten Für die Richtigkeit der Angaben haftet d. Ausstellerin/Aussteller (§§ 1295 ff ABGB)
Name	
Telefonnummer	
Datum	