



AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Beitragskontonummer

1 Abmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname akad. Grad

Vorname/n Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde Tag Monat Jahr

Arbeiter/in
 Angestellte/r

geringfügig beschäftigt
 ja nein

Auflösungsabgabe
 ja nein

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Tag Monat Jahr

Kündigungsentschädigung:

vom bis

Tag Monat Jahr

Ende des Entgeltanspruches

Urlaubersatzleistung:

vom bis

Tag Monat Jahr

Ende der Zahlung des BV-Beitrages

Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- 01 Kündigung durch DG
- 02 Kündigung durch DN
- 03 einvernehmliche Lösung
- 04 Zeitablauf
- 05 berechtigter vorzeitiger Austritt
- 06 fristlose Entlassung
- 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG
- 08 Präsenzdienst im Bundesheer
- 09 Zivildienst
- 10 Pragmatisierung
- 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub
- 12 Ummeldung
- 13 Tod der/des DN
- 14 Änderung der SV-Pflicht
- 15 Truppenübung
- 16 Pensionierung
- 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
- 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
- 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
- 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
- 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
- 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
- 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
- 24 vorzeitiger Austritt gemäß § 25 IO durch DN
- 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
- 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
- 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
- 30 Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber
- 32 Bildungskarenz gemäß §12 AVRAG
- 34 Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer
- 00 sonstige Gründe mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Nur auszufüllen, wenn Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): €

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): 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.)

Betriebstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in

E-Mail:

Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in

Telefonnummer:

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

E-Mail:

Datum

Bestätigung für d. Dienstnehmer/in



AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

2 Abmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Familienname/Nachname		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr

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

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses	Tag	Monat	Jahr	Kündigungsentschädigung: vom bis
Ende des Entgeltanspruches	Tag	Monat	Jahr	
Ende der Zahlung des BV-Beitrages	Tag	Monat	Jahr	

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 gemäß § 25 IO durch DN
<input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung	<input type="checkbox"/> 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
<input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub	<input type="checkbox"/> 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
<input type="checkbox"/> 12 Ummeldung	<input type="checkbox"/> 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
<input type="checkbox"/> 13 Tod der/des DN	<input type="checkbox"/> 30 Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber
<input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht	<input type="checkbox"/> 32 Bildungskarenz gemäß §12 AVRAG
<input type="checkbox"/> 15 Truppenübung	<input type="checkbox"/> 34 Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer
	<input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Nur auszufüllen, wenn Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:
 Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): €

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): 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	

Besondere Hinweise für Dienstnehmer/innen

Sehr geehrte Dienstnehmerin! Sehr geehrter Dienstnehmer!

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

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

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.

Bestätigung für d. Dienstgeber/in



AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

3 Abmeldung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Familienname/Nachname		akad. Grad	Versicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr

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

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses	Tag	Monat	Jahr	Kündigungsentschädigung: vom bis
Ende des Entgeltanspruches	Tag	Monat	Jahr	
Ende der Zahlung des BV-Beitrages	Tag	Monat	Jahr	

Urlaubersatzleistung:
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 gemäß § 25 IO durch DN
<input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung	<input type="checkbox"/> 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
<input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub	<input type="checkbox"/> 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
<input type="checkbox"/> 12 Ummeldung	<input type="checkbox"/> 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
<input type="checkbox"/> 13 Tod der/des DN	<input type="checkbox"/> 30 Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber
<input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht	<input type="checkbox"/> 32 Bildungskarenz gemäß § 12 AVRAG
<input type="checkbox"/> 15 Truppenübung	<input type="checkbox"/> 34 Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer
	<input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Nur auszufüllen, wenn Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:
 Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): €,

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): 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

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*