

<b>Arbeits- und Entgeltbestätigung</b>		Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers			
<b>Beitragskontonummer</b>				Zutreffende Felder bitte ankreuzen☐	

<b>Versicherungsnummer</b>													
Familienname	akad. Grad												
Vorname	Geb.-Datum lt. Geb. Urkunde												
Anschrift (Int. KFZ-K, PLZ, Ort, Straße, Nr.)													
Beschäftigt seit: (Letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)	Tag	Monat	Jahr	Bei <input type="checkbox"/> 5-, <input type="checkbox"/> 6-, oder ____-Tage-Woche, bei ____-Tage-Turnus.	Arbeitsfrei/e tag/e:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
					Oder andere Regelung: _____								
als _____ (Tätigkeit genau bezeichnen)		<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> freie/r Dienstnehmer/in											
Abrechnung nach	<input type="checkbox"/> Arbeitsjahr		<input type="checkbox"/> Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> Arbeitstagen		<input type="checkbox"/> Kalendertagen						
Grund der Arbeitseinstellung: _____					Tag		Monat		Jahr				
<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit					Letzter Arbeitstag:								
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird <input type="checkbox"/> nicht gelöst <input type="checkbox"/> gelöst mit:													
Wann wurde die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses ausgesprochen (Datum):													
<b>Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 01 – Kündigung durch Dienstgeberin/Dienstgeber  <input type="checkbox"/> 03 – Einvernehmliche Lösung  <input type="checkbox"/> 05 – Berechtigter vorzeitiger Austritt  <input type="checkbox"/> 07 – Karenz nach MSchG/VKG  <input type="checkbox"/> 09 – Zivildienst  <input type="checkbox"/> 12 – Ummeldung  <input type="checkbox"/> 34 – Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 02 – Kündigung durch Dienstnehmerin/Dienstnehmer  <input type="checkbox"/> 04 – Zeitablauf  <input type="checkbox"/> 06 – Fristlose Entlassung  <input type="checkbox"/> 08 – Präsenzdienstleistung im Bundesheer  <input type="checkbox"/> 10 – Pragmatisierung  <input type="checkbox"/> 30 – Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber  <input type="checkbox"/> 00 – sonstige Gründe         </div> </div>													
<b>Bankverbindung der/des Versicherten</b>				IBAN:				BIC:					
<b>Beitragspflichtiges Entgelt</b> – ohne Sonderzahlungen im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/innen den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches <b>Anzugeben sind Geldbezüge</b> (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeldpauschale, Provisionen oder Sonstiges) und Sachbezüge, falls diese nicht voll weitergewährt werden. Folgeprovisionen dürfen nicht enthalten sein.					ab _____		bis _____		€ _____				
					ab _____		bis _____		€ _____				
					ab _____		bis _____		€ _____				
					ab _____		bis _____		€ _____				
					ab _____		bis _____		€ _____				
					<b>Gesamt</b>				€ _____				
<b>Enthaltende Bezugsbestandteile:</b> Abschlussprovision <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Superprovision <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Sonstige <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
<b>Anspruch</b> auf beitragspflichtigen Sachbezug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Sachbezüge</b> im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Sachbezugsumfang</b> <input type="checkbox"/> voll (100%) <input type="checkbox"/> aliquot					<b>Sachbezüge</b> (Art und Höhe genau anführen): _____ Art der Entlohnung <input type="checkbox"/> Zeitlohn								
<b>Anspruch auf Sonderzahlung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____					<b>Sonderzahlungsumfang</b> <input type="checkbox"/> voll (100%) <input type="checkbox"/> aliquot								
<b>Arbeitspflichtige Feiertage</b> im Entgeltfortzahlungszeitraum (TTMMJJJJ) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____					<b>Einarbeitungstage:</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____								
Vordienstzeiten <input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein 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					Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____								
<b>Anspruch auf Entgeltfortzahlung</b> <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 <input type="checkbox"/> _____ <b>Volles Entgelt</b> wird weiterbezahlt bis _____					<b>Teilentgelt</b> -Prozentanteil des Gesamtentgeltes _____% ab _____ bis _____ _____% ab _____ bis _____								
Daten des Bearbeiters/der Bearbeiterin bzw. der Kontaktperson für eventuelle Rückfragen: Name _____ Telefonnummer _____					ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____								
Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des oder der Bevollmächtigten <b>Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller/die Ausstellerin (§§ 1295 ff ABGB)</b> Datum _____													
												Stempel/Unterschrift	