

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Versicherungsnummer

Arbeits- und Entgeltbestätigung				Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers								
Beitragskontonummer												
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
als _____ (Tätigkeit genau bezeichnen)				<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> freie/r Dienstnehmer/in	<input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/> Lehrling							
Abrechnung nach		<input type="checkbox"/> Arbeitsjahr		<input type="checkbox"/> Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> Arbeitstage		<input type="checkbox"/> Kalendertagen				
Grund der Arbeitseinstellung: _____						Letzter Arbeitstag:		Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit												
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird <input type="checkbox"/> nicht gelöst <input type="checkbox"/> gelöst mit:												
Wann wurde die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses ausgesprochen (Datum):												
Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:												
<input type="checkbox"/> 01 – Kündigung durch Dienstgeberin/Dienstgeber				<input type="checkbox"/> 02 – Kündigung durch Dienstnehmerin/Dienstnehmer								
<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 durch Dienstgeber								
<input type="checkbox"/> 34 – Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer				<input type="checkbox"/> 00 – sonstige Gründe								
Bankverbindung der/des Versicherten		IBAN: _____				BIC: _____						
Beitragspflichtiges Entgelt – ohne Sonderzahlungen im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/innen den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches						ab _____	bis _____			€ _____		
Anzugeben sind Geldbezüge (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 _____			€ _____		
						ab _____	bis _____			€ _____		
						<b>Gesamt</b>				€ _____		
Enthaltende Bezugsbestandteile:												
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								
Anspruch auf beitragspflichtigen Sachbezug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Sachbezüge (Art und Höhe genau anführen):								
Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Sachbezugsumfang <input type="checkbox"/> voll (100%) <input type="checkbox"/> aliquot				Art der Entlohnung		<input type="checkbox"/> Zeitlohn						
Anspruch auf Sonderzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____				Sonderzahlungsumfang		<input type="checkbox"/> voll (100%) <input type="checkbox"/> aliquot						
Arbeitspflchtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum (TTMMJJJJ)						Einarbeitungstage:						
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____		
6. _____	7. _____	8. _____	9. _____	10. _____								
Vordienstzeiten	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____				<input type="checkbox"/> nein	Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet						
Kündigungentschädigung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____				<input type="checkbox"/> nein							
Urlaubsersatzleistung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____				<input type="checkbox"/> nein							
Freiwillige Entgeltfortzahlung	<input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____				<input type="checkbox"/> nein							
Anspruch auf Entgeltfortzahlung				Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes								
<input type="checkbox"/> 4 Wo <input type="checkbox"/> 6 Wo <input type="checkbox"/> 8 Wo				<input type="checkbox"/> % ab _____ bis _____								
<input type="checkbox"/> 10 Wo <input type="checkbox"/> 12 Wo <input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> % ab _____ bis _____								
Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis _____												
Daten des Bearbeiters/der Bearbeiterin bzw. der Kontaktperson für eventuelle Rückfragen:												
Name _____												
Telefonnummer _____												
Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des oder der Bevollmächtigten												
Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller/die Ausstellerin (§§ 1295 ff ABGB)												
Datum _____												
								Stempel/Unterschrift				