

| |
|--------------------------------------------|
| Beitragskontonummer |
| Arbeits- und Entgeltbestätigung |



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------|--|--|--|
| Familienname (auch alle früher geführten Namen) | | akad. Grad | Versicherungsnummer | | | |
| Vorname | | 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 | | | | oder andere Regelung | | | | | | | |
| Bei <input type="checkbox"/> 5,- <input type="checkbox"/> 6,- oder _____ Tage-Woche, bei _____ - Tage-Turnus. | <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr | <input type="checkbox"/> Sa | <input type="checkbox"/> So | | | | | | | | |
| Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzah- lungszeitraum | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr |

als _____ Arbeiterin Angestellte Vertragsbedienstete Freie/r Dienstnehmer/in
(Tätigkeit genau bezeichnen)

Grund d. Arbeitseinstellung: _____ Arbeitsunfall 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 durch Dienstger |
| | | | <input type="checkbox"/> 34 - Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer | <input type="checkbox"/> 00 - sonstige Gründe: _____ |

Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird nicht gelöst gelöst mit:

| | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|

Bankverbindung der/des Versicherten

| | |
|------|-----|
| IBAN | BIC |
|------|-----|

Beitragspflichtiges Entgelt - ohne SZ im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/inne/n 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) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| ab _____ bis _____ € _____ | |
| ab _____ bis _____ € _____ | |
| Zusammen € _____ | |

Anspruch auf Sonderzahlung ja nein

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

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis _____

Anspruch auf Entgeltfortzahlung 4 Wo., 6 Wo., 8 Wo., 10 Wo., 12 Wo.

Berechnet nach Arbeitsjahr Kalenderjahr Arbeitstage Kalendertage

Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:

_____ % ab _____ bis _____

_____ % ab _____ bis _____

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

| | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ |
| ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ |
| ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ |
| ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ | ab _____ bis _____ |

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