

|  |
|--|
| Beitragskontonummer                        |
| <b>Arbeits- und<br/>Entgeltbestätigung</b> |



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

|   |  |                                |                     |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|---------------------|--|--|--|
| Familienname (auch alle früher geführten Namen) |  | akad. Grad                     | Versicherungsnummer |  |  |  |
| Vorname   |  | Geb.-Datum lt.<br>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  5,-  6,- oder \_\_\_\_\_ Tage-Woche, bei \_\_\_\_\_ - Tage-Turnus.

| Arbeitspflichtige<br>Feiertage im<br>Entgeltfortzah-<br>lungszeitraum | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr | Tag | Monat | Jahr |
|---|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|-------|------|
|   | 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:
 

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

 Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

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

Anspruch auf Sonderzahlung  ja  nein

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

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