

Beitragskontonummer
Arbeits- und Entgeltbestätigung



Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

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.			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So						
Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzah- 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: _____ Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

Tag	Monat	Jahr	01 - Kündigung d. Dienstgeber/in	02 - Kündigung d. Dienstnehmer/in
			03 - Einvernehmliche Lösung	04 - Zeitablauf
			05 - Berechtigter vorzeitiger Austritt	06 - Fristlose Entlassung
			07 - Karenz nach MSchG/VKG	08 - Präsenzdienstleistung im Bundesheer
			09 - Zivildienst	10 - Pragmatisierung
			12 - Ummeldung	30 - Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber
			34 - Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer	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 _____ € _____	Anspruch auf beitragspflichtigen Sachbezug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab _____ bis _____ € _____	Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ab _____ bis _____ € _____	Sachbezugsumfang <input type="checkbox"/> voll (100%) <input type="checkbox"/> aliquot
ab _____ bis _____ € _____	Sachbezüge (Art und mengenmäßig genau anführen)
ab _____ bis _____ € _____	
Zusammen € _____	

Art der Entlohnung Zeitlohn Anspruch auf Sonderzahlung ja (voll 100% aliquot) nein

Vordienstzeiten <input type="checkbox"/> ja, ab _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage:
Kündigungsschädigung <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 _____ **Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:**

Anspruch auf Entgeltfortzahlung 4 Wo., 6 Wo., 8 Wo., 10 Wo., 12 Wo. _____ % ab _____ bis _____

Berechnet nach Arbeitsjahr Kalenderjahr Arbeitstage Kalendertage _____ % 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 **allfällige Rückfragen** Daten der Bearbeiterin/des Bearbeiters bzw. der Kontaktperson Name

Telefonnummer _____

Telefonnummer _____

Telefonnummer _____

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)

Datum _____