



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Beitragskontonummer

1 **Änderungs- meldung**

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)	akad. Grad			
--	------------	--	--	--

Vorname/n	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
-----------	-----------------------------	-----	-------	------

Änderung des Entgeltes
(Lohn, Gehalt usw.) ab

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

Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. ohne Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage €,

Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen): €,

monatliches Gesamtentgelt €,

Durchschnittlich beschäftigt in der Woche: Tage; Stunden pro Woche

Sonstige Änderung ab

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

- BV-Beitragszahlung
- Namensänderung der/des Versicherten
- Adressänderung der/des Versicherten
- Beginn des 2. Lehrjahres Beginn des letzten Lehrjahres
- Ende des Lehrverhältnisses
- Lehrabschlussprüfung abgelegt am:
- Nachtschwerarbeitsgesetz (Art. VII Abs.2) Beginn Ende
- Übernahme in das Angestelltenverhältnis
- vollversichert geringfügig beschäftigt
- Änderung der Beitragsgruppe von in
-

Nur auszufüllen, wenn Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996.

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers	Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten	
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
Datum		



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung f. d. Dienstgeber/in
Beitragskontonummer

2 Änderungs- meldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

Versicherungsnummer

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad			
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr

Änderung des Entgeltes
(Lohn, Gehalt usw.) ab

Tag	Monat	Jahr

Geldbezüge (monatlich, brutto), inkl. Provision, Trinkgelder usw. ohne Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage €

Sachbezüge (art- und mengenmäßig genau anführen): €

monatliches Gesamtentgelt €

Durchschnittlich beschäftigt in der Woche: Tage; Stunden pro Woche

Bitte beachten: Geringfügig Beschäftigte sind nur unfallversichert

Sonstige Änderung ab

Tag	Monat	Jahr

BV-Beitragszahlung
 Namensänderung der/des Versicherten
 Adressänderung der/des Versicherten
 Beginn des 2. Lehrjahres Beginn des letzten Lehrjahres
 Ende des Lehrverhältnisses
 Lehrabschlussprüfung abgelegt am:
 Nachtschwerarbeitsgesetz (Art. VII Abs.2) Beginn Ende
 Übernahme in das Angestelltenverhältnis
 vollversichert geringfügig beschäftigt
 Änderung der Beitragsgruppe von in

Nur auszufüllen, wenn Dienstgeber/in Inhaber/in eines Tabakfachgeschäftes ist:

Dienstnehmer/in ist Angehörige/r nach § 31 Abs. 2 Tabakmonopolgesetz 1996.

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	

Datum

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*