ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Beitragskontonummer

1 Abmeldung

.....
Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤

Familienname/Nachname	akad. Grad	Versicherungsnummer	

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

☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r geringfügig beschäftigt ☐ ja ☐ nein

	Tag	Monat	Jahr
Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses			
Ende des Entgeltanspruches			
Ende der Zahlung des BV-Beitrages			

Kündigungsentschädigung:

vom ..... bis .....

Urlaubsersatzleistung:

vom ..... bis .....

Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- ☐ 01 Kündigung durch DG
- ☐ 02 Kündigung durch DN
- ☐ 03 einvernehmliche Lösung
- ☐ 04 Zeitablauf
- ☐ 05 berechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 06 fristlose Entlassung
- ☐ 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG
- ☐ 08 Präsenzdienst im Bundesheer
- ☐ 09 Zivildienst
- ☐ 10 Pragmatisierung
- ☐ 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub
- ☐ 12 Ummeldung
- ☐ 13 Tod der/des DN
- ☐ 14 Änderung der SV-Pflicht
- ☐ 15 Truppenübung
- ☐ 16 Pensionierung
- ☐ 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
- ☐ 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
- ☐ 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
- ☐ 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
- ☐ 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
- ☐ 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
- ☐ 24 vorzeitiger Austritt gemäß § 25 IO durch DN
- ☐ 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
- ☐ 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
- ☐ 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
- ☐ 00 sonstige Gründe .....

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

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

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € ..... , ...

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): Beitragsgrundlage Malus € ..... , ...

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. Dienstnehmer/in

Beitragskontonummer

2 Abmeldung

.....

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤

Familienname/Nachname	akad. Grad	Versicherungsnummer	

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

☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r geringfügig beschäftigt ☐ ja ☐ nein

	Tag	Monat	Jahr
Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses			
Ende des Entgeltanspruches			
Ende der Zahlung des BV-Beitrages			

Kündigungsentschädigung:

vom ..... bis .....

Urlaubsersatzleistung:

vom ..... bis .....

Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- ☐ 01 Kündigung durch DG
- ☐ 02 Kündigung durch DN
- ☐ 03 einvernehmliche Lösung
- ☐ 04 Zeitablauf
- ☐ 05 berechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 06 fristlose Entlassung
- ☐ 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG
- ☐ 08 Präsenzdienst im Bundesheer
- ☐ 09 Zivildienst
- ☐ 10 Pragmatisierung
- ☐ 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub
- ☐ 12 Ummeldung
- ☐ 13 Tod der/des DN
- ☐ 14 Änderung der SV-Pflicht
- ☐ 15 Truppenübung
- ☐ 16 Pensionierung
- ☐ 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
- ☐ 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
- ☐ 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
- ☐ 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
- ☐ 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
- ☐ 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
- ☐ 24 vorzeitiger Austritt gemäß § 25 IO durch DN
- ☐ 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
- ☐ 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
- ☐ 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
- ☐ 00 sonstige Gründe ……..

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

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

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € ..... , ...

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): Beitragsgrundlage Malus € ..... , ...

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 .....

Besondere Hinweise für Dienstnehmer/innen

Sehr geehrte Dienstnehmerin! Sehr geehrter Dienstnehmer!

Wir ersuchen Sie, folgende Angaben auf der Vorderseite dieser Meldung zu überprüfen:

- ***Familienname/Nachname und Vorname/n*** *(genaue Schreibweise)*
- ***Geburtsdatum***
- ***Versicherungsnummer***

Ist die Schreibweise Ihres Namens oder das Geburtsdatum bzw. Ihre Versicherungsnummer unrichtig, ersuchen Sie bitte Ihre Dienstgeberin/Ihren Dienstgeber, die erforderliche Richtigstellung beim zuständigen Kranken-versicherungsträger zu veranlassen.

Sollte Ihre e-card in Verlust geraten sein, können Sie eine Ersatzkarte über die Serviceline der österreichischen Sozialversicherung unter der Telefonnummer 050 124 33 11 von Montag bis Freitag von 7 bis 19 Uhr anfordern.

ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Bestätigung f. d. Dienstgeber/in
Beitragskontonummer

3 Abmeldung

.....
Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤

Versicherungsnummer	

Familienname/Nachname	akad. Grad

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

☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r geringfügig beschäftigt ☐ ja ☐ nein

	Tag	Monat	Jahr
Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses			
Ende des Entgeltanspruches			
Ende der Zahlung des BV-Beitrages			

Kündigungsentschädigung:

vom ..... bis .....

Urlaubsersatzleistung:

vom ..... bis .....

Abmeldegrund (DG = Dienstgeber/in, DN = Dienstnehmer/in)

- ☐ 01 Kündigung durch DG
- ☐ 02 Kündigung durch DN
- ☐ 03 einvernehmliche Lösung
- ☐ 04 Zeitablauf
- ☐ 05 berechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 06 fristlose Entlassung
- ☐ 07 Karenz nach MSchG 1979/VKG
- ☐ 08 Präsenzdienst im Bundesheer
- ☐ 09 Zivildienst
- ☐ 10 Pragmatisierung
- ☐ 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub
- ☐ 12 Ummeldung
- ☐ 13 Tod der/des DN
- ☐ 14 Änderung der SV-Pflicht
- ☐ 15 Truppenübung
- ☐ 16 Pensionierung
- ☐ 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG
- ☐ 18 Enthebung von der Gerichtspraxis
- ☐ 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis
- ☐ 20 Entlassung aus der Bundesbetreuung
- ☐ 21 Kündigung der/des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979/VKG
- ☐ 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt
- ☐ 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG
- ☐ 24 vorzeitiger Austritt gemäß § 25 IO durch DN
- ☐ 25 Kündigung gemäß § 25 IO durch Insolvenzverwalter/in
- ☐ 27 Kündigung gemäß § 25 IO durch DG
- ☐ 29 SV-Ende - Beschäftigung aufrecht
- ☐ 00 sonstige Gründe .....

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

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

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): € ..... , ...

Wenn noch Malus anfällt (§ 5b AMPFG): Beitragsgrundlage Malus € ..... , ...

Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers	
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:

Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten

Datum .....

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name .....

.....

Straße .....

PLZ ..... *Ort* .....