



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

An die

Beitragskontonummer

Arbeits- und Entgeltsbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad		Versicherungsnummer		
Vorname/n		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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
als	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r				
(Tätigkeit genau bezeichnen)					
Grund d. Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> 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 - vorzeitiger Austritt		
			<input type="checkbox"/> 06 - Entlassung <input type="checkbox"/> 07 - Karenz nach MSchG		
			<input type="checkbox"/> 08 - Präsenzdienst im Bundesheer <input type="checkbox"/> 09 - Zivildienst <input type="checkbox"/> 10 - Pragmatisierung		
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird mit:	<input type="checkbox"/> nicht gelöst <input type="checkbox"/> 11 - länger als ein Monat während unbezahlter Urlaub <input type="checkbox"/> 12 - Ummeldung				
Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> gelöst <input type="checkbox"/> 00 - sonstige Gründe:		

Gehaltskonto der/des Versicherten:	Bankleitzahl
------------------------------------	--------------

Entgelt (soweit beitragspflichtig) ohne SZ im letzten Beitragszeitraum vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches

Geldbezüge (monatlich; brutto) einschließlich <input type="checkbox"/> Trinkgelder <input type="checkbox"/> Provisionen <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Sachbezüge: An Tagen pro Woche (art- und mengenmäßig genau anführen)	vom bis €
.....	vom bis €
.....	vom bis €
.....	vom bis €
Anspruch auf Sonderzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammen €

Vordienstzeiten	<input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage:
Kündigungsentschädigung	<input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein	1. 2.
Urlaubsersatzleistung	<input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein	3. 4.
freiwillige Entgeltfortzahlung	<input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein	5. 6.

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis	Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:% vom bis
Anspruch auf Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> 4 Wo., <input type="checkbox"/> 6 Wo., <input type="checkbox"/> 8 Wo., <input type="checkbox"/> 10 Wo., <input type="checkbox"/> 12 Wo., Berechnet nach <input type="checkbox"/> Arbeitsjahr <input type="checkbox"/> Kalenderjahr <input type="checkbox"/> Arbeitstage <input type="checkbox"/> Kalendertage	
Fallen Provisionen während der Arbeitsunfähigkeit an? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Abschlussprovision <input type="checkbox"/> Folgeprovision <input type="checkbox"/> Superprovision <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet	Telefonnummer, Unterschrift und Stempel d. Dienstgeberin/Dienstgebers bzw. d. Bevollmächtigten
vom bis	Für die Richtigkeit der Angaben haftet d. Ausstellerin/Aussteller (§§ 1295 ff ABGB)
vom bis	
vom bis	
vom bis	
vom bis	
	Datum