



# 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 Mo Di Mi Do Fr Sa So
bei <input type="checkbox"/> 5,- <input type="checkbox"/> 6,- oder ..... Tage-Woche, bei ..... – Tage-Turnus. ....				
als ..... <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Vertragsbedienstete/r <input type="checkbox"/> Freie Dienstnehmerin/ (Tätigkeit genau bezeichnen) Freier Dienstnehmer				
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 – 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 <input type="checkbox"/> 00 – sonstige Gründe: .....	
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird				
<input type="checkbox"/> nicht gelöst				
<input type="checkbox"/> gelöst mit:				
Tag	Monat	Jahr		

### Bankverbindung der/des Versicherten:

Kontonummer bzw. IBAN	Bankleitzahl bzw. 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)
ab ..... bis ..... € .....	.....
ab ..... bis ..... € .....	.....
<b>Zusammen</b> € .....	

Anspruch auf Sonderzahlung  ja  nein

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

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis .....	<b>Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:</b> ..... % ab ..... bis ..... ..... % ab ..... 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	

### Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

ab ..... bis ..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....
ab ..... bis ..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....

### Für allfällige Rückfragen

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