



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

An die

Beitragskontonummer

Arbeits- und Entgeltsbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer

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

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 ☐ 5,- ☐ 6,- oder Tage-Woche, bei – Tage-Turnus. Mo Di Mi Do Fr Sa So

als ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Vertragsbedienstete/r (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 - vorzeitiger Austritt

☐ 06 - Entlassung ☐ 07 - Karenz nach MSchG

☐ 08 - Präsenzdienst im Bundesheer ☐ 09 - Zivildienst ☐ 10 - Pragmatisierung

☐ nicht gelöst ☐ 11 - länger als ein Monat während unbezahlter Urlaub ☐ 12 - Ummeldung

☐ gelöst ☐ 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 ☐ Trinkgelder ☐ Provisionen ☐ Sonstiges

Sachbezüge: An Tagen pro Woche (art- und mengenmäßig genau anführen) vom bis €

Anspruch auf Sonderzahlung ☐ ja ☐ nein Zusammen €

Vordienstzeiten ☐ ja, vom bis ☐ nein Einarbeitungstage:

Kündigungsentschädigung ☐ ja, vom bis ☐ nein 1. 2.

Urlaubersatzleistung ☐ ja, vom bis ☐ nein 3. 4.

freiwillige Entgeltfortzahlung ☐ ja, vom bis ☐ nein 5. 6.

Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis

Anspruch auf Entgeltfortzahlung ☐ 4 Wo., ☐ 6 Wo., ☐ 8 Wo., ☐ 10 Wo., ☐ 12 Wo.,

Berechnet nach ☐ Arbeitsjahr ☐ Kalenderjahr ☐ Arbeitstage ☐ Kalendertage

Fallen Provisionen während der Arbeitsunfähigkeit an? ☐ ja ☐ nein

☐ Abschlussprovision ☐ Folgeprovision ☐ Superprovision ☐ Sonstiges

Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:% vom bis

.....% vom bis

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

vom bis 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 Datum

vom bis