

Arbeits- und Entgeltbestätigung		Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers									
Beitragskontonummer				Zutreffende Felder bitte ankreuzen☐							
Familienname		akad. Grad		Versicherungsnummer							
Vorname		Geb.-Datum lt. Geb. Urkunde									
Anschrift (Int. KFZ-K, PLZ, Ort, Straße, Nr.)											
Beschäftigt seit: (Letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)	Tag	Monat	Jahr	Bei ☐ 5-, ☐ 6-, oder ____-Tage-Woche, bei ____-Tage-Turnus.	Arbeitsfrei/e Tag/e: Mo Di Mi Do Fr Sa So Oder andere Regelung: _____						
als _____ (Tätigkeit genau bezeichnen)		☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Vertragsbedienstete/r ☐ Lehrling ☐ freie/r Dienstnehmer/in									
Abrechnung nach		☐ Arbeitsjahr ☐ Kalenderjahr		☐ Arbeitstagen ☐ Kalendertagen							
Grund der Arbeitseinstellung: _____ ☐ Krankheit/Unfall ☐ Arbeitsunfall/Berufskrankheit				Letzter Arbeitstag: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">Tag</td><td style="width: 20px;">Monat</td><td style="width: 20px;">Jahr</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr									
Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird ☐ nicht gelöst ☐ gelöst mit:											
Wann wurde die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses ausgesprochen (Datum):											
Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses: ☐01 – Kündigung durch Dienstgeberin/Dienstgeber ☐02 – Kündigung durch Dienstnehmerin/Dienstnehmer ☐03 – Einvernehmliche Lösung ☐04 – Zeitablauf ☐05 – Berechtigter vorzeitiger Austritt ☐06 – Fristlose Entlassung ☐07 – Karenz nach MSchG/VKG ☐08 – Präsenzdienstleistung im Bundesheer ☐09 – Zivildienst ☐10 – Pragmatisierung ☐12 – Ummeldung ☐30 – Lösung in der Probezeit durch Dienstgeber ☐34 – Lösung in der Probezeit durch Dienstnehmer ☐00 – sonstige Gründe											
Bankverbindung der/des Versicherten		IBAN:		BIC:							
Beitragspflichtiges Entgelt – ohne Sonderzahlungen im letzten Beitragszeitraum (bei freien Dienstnehmer/innen den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches Anzugeben sind Geldbezüge (einschließlich Trinkgelder, Trinkgeld- pauschale, Provisionen oder Sonstiges) und Sachbezüge, falls diese nicht voll weitergewährt werden. Folgeprovisionen dürfen nicht enthalten sein.		ab _____ bis _____ € _____ ab _____ bis _____ € _____ ab _____ bis _____ € _____ ab _____ bis _____ € _____ Gesamt € _____									
Enthaltende Bezugsbestandteile: Abschlussprovision ☐ ja ☐ nein Superprovision ☐ ja ☐ nein Sonstige ☐ ja ☐ nein											
Anspruch auf beitragspflichtigen Sachbezug ☐ ja ☐ nein Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten ☐ ja ☐ nein Sachbezugsumfang ☐ voll (100%) ☐ aliquot		Sachbezüge (Art und Höhe genau anführen): _____ Art der Entlohnung ☐ Zeitlohn									
Anspruch auf Sonderzahlung ☐ ja ☐ nein _____		Sonderzahlungsumfang ☐ voll (100%) ☐ aliquot									
Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum (TTMMJJJJ) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____				Einarbeitungstage: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____							
Vordienstzeiten ☐ ja, ab _____ bis _____ ☐ nein Kündigungsentschädigung ☐ ja, ab _____ bis _____ ☐ nein Urlaubersatzleistung ☐ ja, ab _____ bis _____ ☐ nein Freiwillige Entgeltfortzahlung ☐ ja, ab _____ bis _____ ☐ nein		Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____									
Anspruch auf Entgeltfortzahlung ☐ 4 Wo ☐ 6 Wo ☐ 8 Wo ☐ 10 Wo ☐ 12 Wo ☐ ____ Volles Entgelt wird weiterbezahlt bis _____		Teilentgelt -Prozentanteil des Gesamtentgeltes ____ % ab _____ bis _____ ____ % ab _____ bis _____									
Daten des Bearbeiters/der Bearbeiterin bzw. der Kontaktperson für eventuelle Rückfragen: Name _____ Telefonnummer _____				ab _____ bis _____ ab _____ bis _____ ab _____ bis _____							
Unterschrift und Stempel des Dienstgebers/der Dienstgeberin bzw. des oder der Bevollmächtigten Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller/die Ausstellerin (§§ 1295 ff ABGB) Datum _____											
				Stempel/Unterschrift _____							