Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

An die	**Beitragskontonummer**

Arbeits- und Entgeltbestätigung

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

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

oder andere Regelung .....

bei ☐5,- ☐6,- oder ..... Tage-Woche, bei ..... – Tage-Turnus.

Arbeitspflichtige Feiertage im Entgeltfortzahlungszeitraum	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

als ..... (Tätigkeit genau bezeichnen) ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Vertragsbedienstete/r ☐ Freie Dienstnehmerin/ Freier Dienstnehmer

Grund d. Arbeitseinstellung ..... ☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

Letzter Arbeitstag:

Tag	Monat	Jahr

Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird

☐ nicht gelöst

☐ gelöst mit:

Tag	Monat	Jahr

Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

☐ 01 – Kündigung d. Dienstgeber/in
☐ 02 – Kündigung d. Dienstnehmer/in
☐ 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 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 ..... € .....
ab ..... bis ..... € .....
ab ..... bis ..... € .....
ab ..... bis ..... € .....

Zusammen € .....

Sachbezüge im beitragspflichtigen Entgelt enthalten ☐ ja ☐ nein

Sachbezüge (Art und mengenmäßig genau anführen)

.....
.....

Anspruch auf Sonderzahlung ☐ ja ☐ nein

Vordienstzeiten	☐ ja, ab	bis	☐ nein
Kündigungsentschädigung	☐ ja, ab	bis	☐ nein
Urlaubsersatzleistung	☐ ja, ab	bis	☐ nein
freiwillige Entgeltfortzahlung	☐ ja, ab	bis	☐ nein

Einarbeitungstage:
1. ..... 2. .....
3. ..... 4. .....
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

Teilentgelt-Prozentanteil des Gesamtentgeltes:

..... % ab ..... bis .....
..... % ab ..... bis .....

Folgende Vorerkrankungen wurden angerechnet

ab …… bis..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....
ab …….... bis ..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....
ab …….... bis ..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....
ab …….... bis ..... ab ..... bis ..... ab ..... bis .....

Für allfällige Rückfragen
Daten der Bearbeiterin / des Bearbeiters bzw. der Kontaktperson

Name

Telefonnummer

Telefonnummer, Unterschrift und Stempel d. Dienstgeberin/Dienstgebers bzw. d. Bevollmächtigten

Für die Richtigkeit der Angaben haftet d. Ausstellerin/Aussteller (§§ 1295 ff ABGB)

Datum .....