



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Zutreffende Felder bitte ankreuzen »

An die \_\_\_\_\_

**Kontonummer**

## Arbeits- und Entgeltsbestätigung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		akad. Grad		Versicherungsnummer			
Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde					

Anschrift (Int. Kfz., Plz., Ort, Straße, Nr.) \_\_\_\_\_

Beschäftigt seit: (letzter arbeitsrechtlicher Eintritt)

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Arbeitsfreie(r) Tag(e)  
Mo Di Mi Do Fr Sa So

Bei  5-,  6- oder \_\_\_\_\_ - Tage-Woche, bei \_\_\_\_\_ - Tage-Turnus.

oder andere Regelung \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_  Arbeiter(in)  Angestellte(r)  Vertragsbedienstete(r)

(Tätigkeit genau bezeichnen)

Grund d. Arbeitseinstellung \_\_\_\_\_  Arbeitsunfall  Berufskrankheit

Letzter Arbeitstag:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Das Beschäftigungsverhältnis wurde (wird) mit:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

nicht gelöst  gelöst

Grund für die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses:

<input type="checkbox"/> 01 - Kündigung d. Dienstgeber	<input type="checkbox"/> 02 - Kündigung d. Dienstnehmer
<input type="checkbox"/> 03 - Einvernehmliche Lösung	<input type="checkbox"/> 04 - Zeitablauf
<input type="checkbox"/> 06 - Entlassung	<input type="checkbox"/> 07 - Karenzurlaub nach MSchG
<input type="checkbox"/> 08 - Präsenzdienst im Bundesheer	<input type="checkbox"/> 09 - Zivildienst
<input type="checkbox"/> 11 - länger als ein Monat während unbezahlter Urlaub	<input type="checkbox"/> 10 - Pragmatisierung
<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  Trinkgelder  Provisionen  Sonstiges

**Sachbezüge:** An \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche (art und mengenmäßig genau anführen)

_____ vom _____ bis _____ Eur _____
_____ vom _____ bis _____ Eur _____
_____ vom _____ bis _____ Eur _____
_____ vom _____ bis _____ Eur _____

Anspruch auf Sonderzahlung  ja  nein

**zusammen Eur \_\_\_\_\_**

Vordienstzeiten <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	Einarbeitungstage: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
Kündigungsschädigung <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
Ersatzleistung (Urlaubsentschädigung/-abfindung) <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
freiwillige Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	

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 \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Telefonnummer, Unterschrift und Stempel des Dienstgebers bzw. des Bevollmächtigten  
**Für die Richtigkeit der Angaben haftet der Aussteller (§§ 1295 ff ABGB)**

Datum \_\_\_\_\_