

FAX-Vorlage

Bitte ausschließlich an 05 / 780 761 senden!

 ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG																									
<p>AN DIE</p> <p>Per Telefax: 05 / 780 761</p>	<p style="text-align: center;">DG - Kontonummer</p>																								
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> Mindestangaben-Anmeldung </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">..... Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers</p>																									
Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Familienname (auch alle früher geführten Namen) </td> <td style="width: 10%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich </td> <td style="width: 40%; padding: 2px;"> Versicherungsnummer </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Vorname(n) </td> <td style="padding: 2px;"> Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde </td> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Familienname (auch alle früher geführten Namen)	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Versicherungsnummer	Vorname(n)	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;"> beschäftigt ab: </td> <td style="width: 10%; padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Fallweise Beschäftigung (§ 471b ASVG) <input type="checkbox"/> Ja </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;"> Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort) </td> </tr> </table>	beschäftigt ab:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Fallweise Beschäftigung (§ 471b ASVG) <input type="checkbox"/> Ja	Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)		
Familienname (auch alle früher geführten Namen)	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Versicherungsnummer																							
Vorname(n)	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr																				
Tag	Monat	Jahr																							
beschäftigt ab:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th style="width: 33%;">Tag</th> <th style="width: 33%;">Monat</th> <th style="width: 33%;">Jahr</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Fallweise Beschäftigung (§ 471b ASVG) <input type="checkbox"/> Ja																	
Tag	Monat	Jahr																							
Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers </td> <td rowspan="6" style="width: 20%; padding: 2px; vertical-align: top;"> Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Betriebsart </td> <td style="width: 30%; padding: 2px;"> Telefonnummer: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in </td> <td style="padding: 2px;"> E-Mail: </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in </td> <td style="padding: 2px;"> Telefonnummer: </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.) </td> <td style="padding: 2px;"> E-Mail: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> Datum </td> </tr> </table>		Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten	Betriebsart	Telefonnummer:	Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:	Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	Datum										
Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers		Unterschrift und Stempel der Dienstgeberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten																							
Betriebsart	Telefonnummer:																								
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)																									
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:																								
Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in	Telefonnummer:																								
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:																								
Datum																									
<p style="text-align: center;">Hinweise:</p> <p>Sie sind verpflichtet, innerhalb von sieben Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.</p> <p>Handelt es sich um eine fallweise Beschäftigung, muss die vollständige An- und Abmeldung innerhalb von sieben Tagen des auf die fallweise Beschäftigung nächstfolgenden Kalendermonates erstattet werden.</p> <p>Fallweise Beschäftigte sind Personen, die in unregelmäßiger Folge tageweise bei der selben Dienstgeberin/beim selben Dienstgeber beschäftigt werden, wenn die Beschäftigung für eine kürzere Zeit als eine Woche vereinbart ist (§§ 471a bis 471e ASVG).</p> <p>Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter www.elda.at.</p> <p>Die Telefaxnummer 05 / 780 761 ist <u>nur</u> für die Erstattung der Mindestangaben-Anmeldung zu verwenden.</p>																									
HV – KV 001a-1/01.08																									

Bestätigt wird, dass die Erstattung der Mindestangaben-Anmeldung via ELDA entsprechend den Bestimmungen der Richtlinien über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung 2005 unzumutbar ist bzw. auf Grund des unverschuldeten Ausfall eines wesentlichen Teils der Datenfernübertragungseinrichtung technisch ausgeschlossen war.