



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE
Salzburger
Gebietskrankenkasse

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Kontonummer

1 Abmeldung

Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname		akad. Grad			
--------------	--	------------	--	--	--

Vorname(n)		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr
------------	--	--------------------------------	-----	-------	------

Arbeiter(in) Angestellte(r) **Malus** ja nein **geringfügig beschäftigt** ja nein

Arbeitsrechtliches Ende des Beschäftigungsverhältnisses	Tag	Monat	Jahr	Kündigungsschädigung: vom bis
Ende des Entgeltanspruches	Tag	Monat	Jahr	
Ende der Zahlung des MV-Beitrages	Tag	Monat	Jahr	Ersatzleistung (Urlaubsentschäd./-abfindung): vom bis

--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Abmeldegrund</p> <p><input type="checkbox"/> 01 Kündigung durch Dienstgeber</p> <p><input type="checkbox"/> 02 Kündigung durch Dienstnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> 03 einvernehmliche Lösung</p> <p><input type="checkbox"/> 04 Zeitablauf</p> <p><input type="checkbox"/> 05 berechtigter vorzeitiger Austritt</p> <p><input type="checkbox"/> 06 fristlose Entlassung</p> <p><input type="checkbox"/> 07 Karenzurlaub nach MSchG</p> <p><input type="checkbox"/> 08 Präsenzdienst im Bundesheer</p> <p><input type="checkbox"/> 09 Zivildienst</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Pragmatisierung</p> <p><input type="checkbox"/> 11 länger als ein Monat währender unbezahlter Urlaub</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Ummeldung</p> <p><input type="checkbox"/> 13 Tod des Dienstnehmers</p> <p><input type="checkbox"/> 14 Änderung der SV-Pflicht</p> <p><input type="checkbox"/> 00 sonstige Gründe</p>	<p><input type="checkbox"/> 15 Truppenübung</p> <p><input type="checkbox"/> 16 Pensionierung</p> <p><input type="checkbox"/> 17 Ende freier Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG</p> <p><input type="checkbox"/> 18 Enthebung von der Gerichtspraxis</p> <p><input type="checkbox"/> 19 Unterbrechung der Gerichtspraxis</p> <p><input type="checkbox"/> 20 Entlassung aus d. Bundesbetreuung</p> <p><input type="checkbox"/> 21 Kündigung des Teilzeitbeschäftigten während MSchG 1979 od. VKG</p> <p><input type="checkbox"/> 22 unberechtigter vorzeitiger Austritt</p> <p><input type="checkbox"/> 23 Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG</p> <p><input type="checkbox"/> 24 vorzeitiger Austritt gem. § 25 KO d. Dienstnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> 25 Kündigung durch Masseverwalter gemäß § 25 KO</p> <p><input type="checkbox"/> 26 Kündigung durch Dienstnehmer gemäß § 20c AO</p> <p><input type="checkbox"/> 27 Kündigung durch Dienstgeber gemäß § 20c AO</p>	Kassenvermerke
---	--	----------------

Zuletzt bezogenes Entgelt (im sozialversicherungsrechtlichen Sinn): €

Beitragsgrundlage Malus €

Dienstgeberrname	Unterschrift und Stempel der/des Dienstgebers(in) bzw. der/des Bevollmächtigten	
Betriebsart	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in	E-Mail:	
Bevollmächtigte(r)/Hersteller(in)	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
Datum		

Besondere Hinweise für Dienstnehmer

Sehr geehrte Dienstnehmerin, sehr geehrter Dienstnehmer!

Wir ersuchen Sie, folgende Angaben auf der Vorderseite dieser Meldung zu überprüfen:

- **Familien- und Vorname/n** (genaue Schreibweise)
- **Geburtsdatum**
- **Versicherungsnummer** (= laufende Nummer und Geburtsdatum)

Ist die Schreibweise Ihres Namens oder das Geburtsdatum bzw. Ihre Versicherungsnummer unrichtig, ersuchen Sie bitte Ihren Dienstgeber, die erforderliche Richtigstellung beim zuständigen Krankenversicherungsträger zu veranlassen.

Sollte Ihre Versicherungskarte in Verlust geraten sein, können Sie schriftlich eine neue Karte bei Ihrem Krankenversicherungsträger anfordern.

Wiener Gebietskrankenkasse,

1103 Wien, Wienerbergstraße 15 - 19, Tel. (01) 601 22 - 0

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,

3101 St. Pölten, Dr.-Karl-Renner-Promenade 14 - 16, Tel. (02742) 899

Burgenländische Gebietskrankenkasse,

7001 Eisenstadt, Esterházyplatz 3, Tel. (02682) 608

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,

4021 Linz, Gruberstraße 77, Tel. (0732) 7807 - 0

Steiermärkische Gebietskrankenkasse,

8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Tel. (0316) 80 35

Kärntner Gebietskrankenkasse,

9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8, Tel. (0463) 58 55

Salzburger Gebietskrankenkasse,

5024 Salzburg, Faberstraße 19 - 23, Tel. (0662) 88 89 - 0

Tiroler Gebietskrankenkasse,

6021 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, Tel. (0512) 59 16

Vorarlberger Gebietskrankenkasse,

6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Tel. (05572) 302

Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues,

8011 Graz, Lessingstraße 20, Tel. (0316) 330 - 0

Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen,

1061 Wien, Linke Wienzeile 48 - 52, Tel. (01) 588 48

Anschrift für die Rücksendung der Meldebestätigung

Name

.....

Straße

PLZ *Ort*