



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Per Telefax: 05 / 780 761

DG - Kontonummer

Mindestangaben- Anmeldung

.....
Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶				Versicherungsnummer		
Familienname (auch alle früher geführten Namen)				<input type="checkbox"/> weiblich		
				<input type="checkbox"/> männlich		
Vorname(n)				Geb.-Datum lt.	Tag	Monat
				Geb.-Urkunde		
beschäftigt ab:		Tag	Monat	Jahr		
Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)						

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

Hinweise:

Sie sind verpflichtet, innerhalb von sieben Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.

Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter www.elda.at.

Die Telefaxnummer 05 / 780 761 ist nur für die Erstattung der Mindestangaben-Anmeldung zu verwenden.

HV – KV 001a-1/01.09