

FAX-Vorlage

Bitte ausschließlich an 05 / 780 761 senden!

 ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG																																								
AN DIE Per Telefax: 05 / 780 761	Beitragskontonummer 																																							
Mindestangaben- Anmeldung																																								
<i>Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers</i>																																								
<table border="1"><tr><td colspan="3"><i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤</i></td><td colspan="3"><i>Versicherungsnummer</i></td></tr><tr><td colspan="3">Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)</td><td><input type="checkbox"/> weiblich</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="3"></td><td><input type="checkbox"/> männlich</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="3">Vorname(n)</td><td>Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td>beschäftigt ab:</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="3">Beschäftigungsart (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)</td><td colspan="4"></td></tr></table>		<i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤</i>			<i>Versicherungsnummer</i>			Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)			<input type="checkbox"/> weiblich						<input type="checkbox"/> männlich			Vorname(n)			Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr	beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr				Beschäftigungsart (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)						
<i>Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ➤</i>			<i>Versicherungsnummer</i>																																					
Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)			<input type="checkbox"/> weiblich																																					
			<input type="checkbox"/> männlich																																					
Vorname(n)			Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat	Jahr																																		
beschäftigt ab:	Tag	Monat	Jahr																																					
Beschäftigungsart (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)																																								
<table border="1"><tr><td colspan="3">Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers</td><td rowspan="6" style="vertical-align: middle; text-align: center;"><i>Unterschrift und Stempel der Dienst- geberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten</i> <i>Datum</i></td></tr><tr><td colspan="3">Betriebsart</td><td>Telefonnummer:</td></tr><tr><td colspan="3">Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">Betriebsstätte (Filiale, Baustelle, Büro etc.) in</td><td>E-Mail:</td></tr><tr><td colspan="3">Bevollmächtigte/r bzw. Hersteller/in</td><td>Telefonnummer:</td></tr><tr><td colspan="3">Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)</td><td>E-Mail:</td></tr></table>		Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers			<i>Unterschrift und Stempel der Dienst- geberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten</i> <i>Datum</i>	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:															
Name der Dienstgeberin/des Dienstgebers			<i>Unterschrift und Stempel der Dienst- geberin/des Dienstgebers bzw. der/des Bevollmächtigten</i> <i>Datum</i>																																					
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:																																				
<p style="text-align: center;"><u>Hinweise:</u></p> <p>Sie sind verpflichtet, innerhalb von sieben Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.</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-1/06.101																																								

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.