

Avisoanmeldung



ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

AN DIE

Per Telefax: 05 / 780 761

DG - Konforummer

**AVISO
Anmeldung**

.....
Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen >

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;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Jahr</td> </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;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Versicherungsnummer
Tag	Monat	Jahr						
Beschäftigungsort (Int. KFZ-K., PLZ, Ort)								

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

Hinweise: Sie sind verpflichtet, innerhalb von 7 Tagen ab Beginn der Pflichtversicherung eine vollständige Anmeldung zu erstatten.

Die angegebene Telefaxnummer 05 / 780 761 ist nur für die Erstattung der Aviso-Anmeldung zu verwenden. Die vollständige Anmeldung senden Sie bitte direkt an die zuständige Gebietskrankenkasse.