



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

Per Telefax: 05 / 780 761

DG - Kontonummer

## AVISO 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. Geb.-Urkunde	Tag	Monat
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. Herstellerin	Telefonnummer:	
Anschrift (Int. KFZ-K., PLZ, Ort, Straße, Nr.)	E-Mail:	
		Datum

**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.