



**Angaben zur Dienstgeberin bzw. zum Dienstgeber:**

Beitragskontonummer:

Zuständiger SV-Träger:

Name:

Straße, Hausnummer/Stiege/Türnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

**Angaben zur Dienstnehmerin bzw. zum Dienstnehmer:**

Versicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Tag Monat Jahr

Akademischer Grad:

Familienname:

Vorname:

Geschlecht:  weiblich  männlich

**Angaben zum Dienstverhältnis:**

Beschäftigt am\*/ab:

Tag Monat Jahr

\*„Beschäftigt am“ ist ausschließlich für fallweise Beschäftigte vorgesehen. Für jeden Arbeitstag ist eine eigene Meldung zu erstatten.

Beschäftigungsort (Land/PLZ/Ort):

**Hinweis:**

Sie sind verpflichtet innerhalb von sieben Tagen ab dem Beginn der Pflichtversicherung die Anmeldung nachzuholen.

**Hinweise für fallweise Beschäftigung:**

Sie sind verpflichtet die noch fehlenden Angaben mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung für jenen Beitragszeitraum, in dem die Beschäftigung aufgenommen wurde, spätestens bis zum 7. des Folgemonats zu erstatten. Der Anmeldeverpflichtung wird dadurch abschließend entsprochen.

Fallweise Beschäftigte sind Personen, die in unregelmäßiger Folge tageweise bei der selben Dienstgeberin/beim selben Dienstgeber beschäftigt werden, wenn die Beschäftigung für eine **kürzere Zeit** als eine Woche vereinbart ist (§ 33 Abs. 3 ASVG).

Die Meldungen sind im Allgemeinen mittels elektronischer Datenfernübertragung zu übermitteln. Informationen zur Datenfernübertragung finden Sie im Internet unter [www.elda.at](http://www.elda.at).

Die Telefaxnummer 05 / 78 07 61 ist nur für die Erstattung der Vor-Ort-Anmeldung zu verwenden.

Bestätigt wird, dass die Erstattung der Vor-Ort-Anmeldung via ELDA entsprechend den Bestimmungen der Richtlinien über Ausnahmen von der Meldungserstattung mittels Datenfernübertragung 2005 unzumutbar ist bzw. auf Grund des unverschuldeten Ausfalls eines wesentlichen Teils der Datenfernübertragung technisch ausgeschlossen war.

Ort:

Datum:

Unterschrift:



**Falls Sie Fragen zur Erstattung der Meldung haben, setzen Sie sich bitte mit Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger in Verbindung.**

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf der Homepage des jeweiligen Krankenversicherungsträgers oder auf der Homepage des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger unter [www.hauptverband.at](http://www.hauptverband.at).

Die Kontaktdaten sind:

**Burgenländische Gebietskrankenkasse**

7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5, Tel. 02682/608-0, Fax: 02682/608-1041, [mvb@bgkk.at](mailto:mvb@bgkk.at)

**Kärntner Gebietskrankenkasse**

9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8, Tel. 05 05855, Fax: 05 05855-2780, [meldewesen@kgkk.at](mailto:meldewesen@kgkk.at)

**Niederösterreichische Gebietskrankenkasse**

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Tel. 05 0899-7100, Fax: 05 0899-6420, [DG-Meldeservice@noegkk.at](mailto:DG-Meldeservice@noegkk.at)

**Oberösterreichische Gebietskrankenkasse**

4021 Linz, Postfach 61, Tel. 057807-0, Fax: 05 7807-61, [elda@ooegkk.at](mailto:elda@ooegkk.at)

**Salzburger Gebietskrankenkasse**

5020 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10, Tel. 0662/8889-0, Fax: 0662/8889-4008, [mvb@sgkk.at](mailto:mvb@sgkk.at)

**Steiermärkische Gebietskrankenkasse**

8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, 0316/8035-4100, Fax: 0316/8035-1593, [mvb.post@stgkk.at](mailto:mvb.post@stgkk.at)

**Tiroler Gebietskrankenkasse**

6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2, Tel. 05 9160-1100, Fax: 05 9160-51033, [mvb@tgkk.at](mailto:mvb@tgkk.at)

**Vorarlberger Gebietskrankenkasse**

6850 Dornbirn, Jahngasse 4, Tel. 05 08455-7301, Fax: 05 08455-87301, [beitragsabteilung@vgkk.at](mailto:beitragsabteilung@vgkk.at)

**Wiener Gebietskrankenkasse**

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19, Tel. 01/60122-0, Fax: 01/6024613, [office@wgkk.at](mailto:office@wgkk.at)

**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**

1080 Wien, Josefstädter Straße 80, Tel. 050405-0, Fax: 050405-22900, [postoffice@bva.at](mailto:postoffice@bva.at)