



# 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. Geb.-Urkunde		Tag	Monat	Jahr
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     Datum .....
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:	

**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](http://www.elda.at).

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

HV – KV 001a-1/01.09