

BEIBLATT ZUM DIENSTLEISTUNGSSCHECK

Bei **erstmaliger Inanspruchnahme** eines Dienstleistungsschecks **oder bei Änderung** persönlicher Daten ist das Beiblatt vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam auszufüllen und vom Arbeitnehmer mit dem Dienstleistungsscheck **spätestens am Ende des folgenden Kalendermonats** bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau oder der zuständigen Gebietskrankenkasse persönlich abzugeben oder per Post einzusenden.

Die **zuständige Gebietskrankenkasse** richtet sich bei Wohnsitz im Inland nach der **Wohnadresse** oder bei fehlendem Wohnsitz im Inland nach dem **Beschäftigungsort** des Arbeitnehmers.

Arbeitgeberdaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Familienname	Vorname	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Sozialversicherungsnummer
Titel	Geschlecht (M/W)	
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
PLZ	Ort	Straße/Nr./Stiege/Stock/Tür
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Telefon/Handy	Fax	E-Mail

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

----- Datum -----

----- Unterschrift -----

Arbeitnehmerdaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Familienname	Vorname	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	Sozialversicherungsnummer
Titel	Geschlecht (M/W)	Nationalität
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
PLZ	Ort	Straße/Nr./Stiege/Stock/Tür
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Telefon/Handy	Fax	E-Mail
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Bank	Bankleitzahl	Kontonummer
<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
BIC (nur bei ausländischer Bankverbindung)	IBAN (nur bei ausländischer Bankverbindung)	

Ich möchte in die Kranken- und Pensionsversicherung einbezogen werden und ersuche um Übermittlung eines Antrages zur **Selbstversicherung** in der Kranken- und Pensionsversicherung bei geringfügiger Beschäftigung gem. § 19a ASVG.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

----- Datum -----

----- Unterschrift -----

