



# ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG

VGKK

FAX 05 78 07-61

TEL 05 78 07-60

DG - Kontonummer

## AVISO Anmeldung

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen ▶

Versicherungsnummer

Familienname (auch alle früher geführten Namen)		<input type="checkbox"/> weiblich	Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde		
		<input type="checkbox"/> männlich	Tag	Monat	Jahr
Vorname(n)					
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. Hersteller/in	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.