

Meldung zur Sozialversicherung

10 Belegart

Beim Ausfüllen mit der Schreibmaschine können Sie fortlaufend schreiben; Sie brauchen die Kästchen dabei nicht zu beachten!

Wichtiger Hinweis bei der erstmaligen Erhebung von Daten:

Die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben; ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Meldeverfahrens nach Maßgabe des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sowie der Datenerfassungs- und -übermittlungs-Verordnung erforderlich.

* Hinweise siehe Rückseite

Versicherungsnummer	Personnummer (freiwillige Angabe)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)				
<input type="text"/>				
Vorname				
<input type="text"/>				
Straße und Hausnummer (Anschrift nur bei Anmeldung und Anschriftenänderung)				
<input type="text"/>				
(Land)	Postleitzahl	Wohnort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Grund der Abgabe*	Kontrollmeldung <input checked="" type="checkbox"/>	Sofortmeldung <input checked="" type="checkbox"/>	Namensänderung <input checked="" type="checkbox"/>	Änderung der Staatsangehörigkeit <input checked="" type="checkbox"/>

Beschäftigungszeit	von	bis	Betriebsnummer des Arbeitgebers	Personengruppe*	Mehrfachbeschäftigung	Betriebsstätte Ost	Betriebsstätte West
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nur bei Sozialversicherungspflicht ausfüllen:							
Beitragsgruppen*	KV	RV	ALV	PV	Angaben zur Tätigkeit	Schlüssel der Staatsangehörigkeit*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beitragspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt (in DM ohne Pfennige / Euro ohne Cent)				DM	Euro		
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung	Es wurde gemeldet:	Grund der Abgabe	<input type="text"/>				
von	bis	Betriebsnummer des Arbeitgebers	Personengruppe*	Mehrfachbeschäftigung	Betriebsstätte Ost	Betriebsstätte West	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nur bei Sozialversicherungspflicht ausfüllen:							
Beitragsgruppen*	KV	RV	ALV	PV	Angaben zur Tätigkeit	Schlüssel der Staatsangehörigkeit*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beitragspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt (in DM ohne Pfennige / Euro ohne Cent)				DM	Euro		
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Namensänderung (bisheriger Name)		
Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)		
<input type="text"/>		
Vorname		
<input type="text"/>		
Änderung der Staatsangehörigkeit	Schlüssel der neuen Staatsangehörigkeit*	<input type="text"/>

Wenn keine Versicherungsnummer angegeben werden kann:		
Geburtsname	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geschlecht	Schlüssel der Staatsangehörigkeit*
<input type="text"/>	männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Nur bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung von nichtdeutschen Bürgern des Europäischen Wirtschaftsraumes:	
Geburtsland (Schlüssel der Staatsangehörigkeit)*	Versicherungsnummer des Staatsangehörigkeitslandes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

name der Krankenkasse (Geschäftstelle)
AOK BKK IKK EK LKK See-KK BKN

Datum, Name, Anschrift des Arbeitgebers
(Firmenstempel)