

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER
SCHWEIZERISCHEN EIDGENOSSENSCHAFT ÜBER SOZIALE SICHERHEIT
CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE D'AUTRICHE
ET LA CONFEDERATION SUISSE**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANWENDUNG DER ÖSTERREICHISCHEN
RECHTSVORSCHRIFTEN AUF EINE IN DER SCHWEIZ BESCHÄFTIGTE PERSON (1)
ATTESTATION RELATIVE A L'APPLICATION DE LA LEGISLATION AUTRICHIENNE
A UNE PERSONNE OCCUPEE EN SUISSE**

**Abkommen: Artikel 7
Convention: article 7**

Schweizerische AHV/IV-Versichertennummer
Numéro d'assuré AVS/AI suisse

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 4
Arrangement administratif: article 4**

Österreichische Versicherungsnummer
Numéro d'assuré autrichien

1. Versicherte(r) Assuré(e)			
1.1	Familiename(n) Nom(s) de famille	Vorname(n) Prénom(s)	Geburtsname Nom de jeune fille
.....			
1.2	Geburtsdatum Date de naissance	Staatsangehörigkeit Nationalité	
.....			
1.3	Adresse des Versicherten in Österreich (2) Adresse de l'assuré(e) en Autriche		
.....			

2. Dienstgeber (Arbeitgeber) in Österreich Employeur en Autriche	
2.1	Name oder Firmenname Nom ou raison sociale
.....	
2.2	Adresse (2) Adresse
.....	

3. Entsendung Détachement	
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit Le/la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 travaillera pour une période allant probablement
vom bis	
du au	
von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber (Arbeitgeber) in folgendes Unternehmen entsendet: par l'employeur cité sous point 2, auprès de l'entreprise suivante:	
3.2	Name oder Firmenname in der Schweiz Nom ou raison sociale en Suisse
.....	

3.3	Adresse (2) Adresse
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . La législation autrichienne est applicable à la personne concernée pour la période mentionnée ci-dessus.

4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie	
4.1	Name Nom
4.2	Adresse (2) Adresse
4.3	Stempel Timbre
	Datum Date
	Unterschrift Signature

**Hinweise
Remarques**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber (Arbeitgeber) auszuhändigen.
La formule doit être remplie par l'organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie et remise à l'assuré(e) ou à l'employeur.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Numéro postal, lieu, numéro, pays.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n) Remarques importantes pour l'assuré(e)
Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber (Arbeitgeber) zu verständigen. En cas d'accident professionnel, l'organisme assureur autrichien compétent et l'employeur doivent absolument être avertis.