

**VEREINBARUNG ZWISCHEN DER REGIERUNG DER REPUBLIK ÖSTERREICH  
UND DER REGIERUNG VON QUEBEC IM BEREICH DER SOZIALEN SICHERHEIT  
ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LA GOUVERNEMENT DU  
QUÈBEC ET LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE D'AUTRICHE**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN  
CERTIFICAT RELATIF A LA LÉGISLATION APPLICABLE <sup>(1)</sup>**

**Vereinbarung: Aritikel 7, bis Artikel 9  
Entente: Article 7 à Article 9**

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 3  
Arrangement administratif: Article 3**

Kanadische Versicherungsnummer  
Numéro d'assurance sociale au Canada

Österreichische Versicherungsnummer  
Numéro d'assurance autrichien

<b>1. Versicherte(r)/ Cotisant(e)</b>			
1.1	Familiename(n) Nom(s) de famille	Vorname(n) Prénom(s)	Geburtsname Nom à la naissance
.....			
1.2	Geburtsdatum Date de naissance	Staatsangehörigkeit Nationalité	
.....			
1.3	Ständige Adresse Adresse en Autriche <sup>(2)</sup>		
.....			

*In Fällen der Entsendung (Artikel 7 des Abkommens) Auszufüllen  
Remplir dans les cas de détachement (Article 7 de l'Entente)*

<b>2. Dienstgeber in Österreich/ Employeur en Autriche</b>	
2.1	Name des Dienstgebers Nom de l'employeur
.....	
2.2	Adresse Adresse <sup>(2)</sup>
.....	

<b>3.</b>	
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 <b>au Québec</b> pour une période allant probablement  <div style="text-align: center;">                     Vom ..... bis ..... <sup>(2)</sup>                      du ..... au .....                 </div> zu dem nachstehend genannten Dienstgeber <b>in Québec</b> entsendet. pour l'employeur ci-dessous mentionné.
3.2	Name des Dienstgebers in Québec Nom de l'employeur au Québec
.....	
3.3	Adresse Adresse <sup>(2)</sup>
.....	
3.4	Für die/den Versicherte(n) sind während des oben angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen</b> Rechtsvorschriften anzuwenden. La personne ci-dessus mentionnée demeure assujettie à la législation <b>autrichienne</b> pour la période indiquée ci-dessus.

**In Fällen einer Wahl (Artikel 8 der Vereinbarung) auszufüllen  
Remplir dans les cas d'une option (Article 8 de l'entente)**

4.	
Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte ist seit ..... bei dem nachstehend angeführten Dienstgeber beschäftigt und unterliegt auf Grund der getroffenen Wahl den österreichischen Rechtsvorschriften. Le/ la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 est employé(e) par l'employeur ci-dessous depuis le ..... et a choisi d'être assujetti(e) à la législation <b>autrichienne</b> .	
4.1	Name des Dienstgebers in Québec Nom de l'employeur au Québec  .....
4.2	Adresse Adresse (2)  .....

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Institution de l'assurance-maladie compétente en Autriche							
5.1	Name Nom  .....						
5.2	Adresse Adresse  .....						
5.3	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Stempel Cachet</td> <td style="width: 33%;">Datum Date</td> <td style="width: 33%;">Unterschrift Signature</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Stempel Cachet	Datum Date	Unterschrift Signature	.....	.....	.....
Stempel Cachet	Datum Date	Unterschrift Signature					
.....	.....	.....					

**Hinweise  
Notes explicatives**

- (1) Der zuständige Krankenversicherungsträger füllt das Formular aus und sendet ein Exemplar an: **Direction de l'administration des ententes de sécurité sociale, Montréal, Québec, Canada**; ein weiteres Exemplar ist für den **Dienstnehmer** bestimmt.  
L'institution de l'assurance-maladie compétente de Autriche remplit ce formulaire et en fait parvenir un exemplaire à la **Direction de l'administration des ententes de sécurité sociale, Montréal, Québec, Canada**; de plus, un exemplaire est remis à l'**employé(e)**.
- (2) Postleitzahl, Ort, Provinz, Straße, Hausnummer, Staat.  
Code postal, Ville, province, Rue, Numéro, Pays.