



|     |   |
|-----|---|
| 3.3 | Adresse <sup>(3)</sup><br>Dirección<br>.....  |
| 3.4 | Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> .<br>El mencionado trabajador quedará sujeto a la <b>legislación austriaca</b> durante el periodo arriba indicado. |

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN  
COMPLETAR EN CASO DE UNA OPCION (ART. 8 DEL CONVENIO)**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>4. Wahl<br/>Opcion</b> |  |
| 4.1                       | Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte ist seit ..... bei dem nachstehend angeführten Dienstgeber beschäftigt und unterliegt auf Grund der getroffenen Wahl gemäß Artikel 8 des Abkommens den <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> .<br>El/la trabajador(a) mencionado(a) en el punto 1 se desempeña en la Institución indicada a continuación desde el ..... y debido a la opcion elegida según el art. 8 del Convenio queda sujeto a la <b>legislación austriaca</b> . |
| 4.2                       | Name des Dienstgebers in Chile<br>Nombre del empleador en Chile<br>.....   |
| 4.3                       | Adresse <sup>(3)</sup><br>Dirección<br>.....   |

|  |  |
|--|--|
| <b>5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger<br/>Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria</b> |  |
| 5.1  | Name<br>Nombre<br>.....                      |
| 5.2  | Adresse <sup>(3)</sup><br>Dirección<br>..... |
| 5.3  | Telefaxnummer<br>Telefax<br>.....            |
| 5.4  | Stempel<br>Sello                             |
|  | Datum<br>Fecha<br>.....                      |
|  | Unterschrift<br>Firma<br>.....               |

**Hinweise  
Advertencias**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.  
El formulario debe ser completado por el **Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria** y será entregado al trabajador o al empleador.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Sirvase marcar el recuadro correspondiente.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat  
Código postal, localidad, calle, número, país.

|  |
|--|
| <p><b>Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)<br/>Advertencia importante para el asegurado</b></p> <p>Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.<br/>En caso de sufrir un accidente laboral es imprescindible comunicarselo al Organismo Competente en Austria y al empleador.</p> |
|--|