

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND
DEN VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA IM BEREICH
DER SOZIALEN SICHERHEIT
AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF AUSTRIA AND
THE UNITED STATES OF AMERICA ON
SOCIAL SECURITY**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN
CERTIFICATE CONCERNING THE APPLICABLE LEGISLATION ⁽¹⁾**

**Abkommen: Artikel 6, 7 und 8
Agreement: Article 6, 7 and 8**

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 3
Administrative Arrangement: Article 3**

Österreichische Versicherungsnummer
Austrian Insurance Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Versicherte(r) Insured person						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">1.1</td> <td style="width: 55%; padding: 5px;">Familiename(n) Last name(s)</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Vorname(n) Given name(s)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> <td style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	1.1	Familiename(n) Last name(s)	Vorname(n) Given name(s)			
1.1	Familiename(n) Last name(s)	Vorname(n) Given name(s)				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">1.2</td> <td style="width: 55%; padding: 5px;">Geburtsdatum ⁽²⁾ Date of birth</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Staatsangehörigkeit Citizenship</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> <td style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	1.2	Geburtsdatum ⁽²⁾ Date of birth	Staatsangehörigkeit Citizenship			
1.2	Geburtsdatum ⁽²⁾ Date of birth	Staatsangehörigkeit Citizenship				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">1.3</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;">Ständige Adresse ⁽³⁾ Permanent address</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	1.3	Ständige Adresse ⁽³⁾ Permanent address				
1.3	Ständige Adresse ⁽³⁾ Permanent address					

2. Dienstgeber in Österreich Employer in Austria				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">2.1</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;">Name des Dienstgebers Name of employer</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	2.1	Name des Dienstgebers Name of employer		
2.1	Name des Dienstgebers Name of employer			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">2.2</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;">Adresse ⁽³⁾ Address</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	2.2	Adresse ⁽³⁾ Address		
2.2	Adresse ⁽³⁾ Address			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">2.3</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;"> Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in the USA for a period likely to extend <div style="text-align: center;"> vom bis ⁽²⁾ from to </div> zu dem nachstehend genannten Dienstgeber in die USA entsendet. for the employer indicated below. </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	2.3	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in the USA for a period likely to extend <div style="text-align: center;"> vom bis ⁽²⁾ from to </div> zu dem nachstehend genannten Dienstgeber in die USA entsendet. for the employer indicated below.		
2.3	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in the USA for a period likely to extend <div style="text-align: center;"> vom bis ⁽²⁾ from to </div> zu dem nachstehend genannten Dienstgeber in die USA entsendet. for the employer indicated below.			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">2.4</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;">Name des Dienstgebers in den USA: Name of employer in USA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	2.4	Name des Dienstgebers in den USA: Name of employer in USA:		
2.4	Name des Dienstgebers in den USA: Name of employer in USA:			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; padding: 5px;">2.5</td> <td style="width: 95%; padding: 5px;">Adresse ⁽³⁾ Address</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black;"></td> </tr> </table>	2.5	Adresse ⁽³⁾ Address		
2.5	Adresse ⁽³⁾ Address			

3.	Selbstständige Erwerbstätigkeit Self-employment
3.1	<p>Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will be self-employed in the USA for a period likely to extend</p> <p style="text-align: center;">vom bis (2) from to</p> <p>in den USA selbstständig erwerbstätig sein.</p>

4.	Bestimmungen über den Versicherungsschutz Provisions of coverage
4.1	<p>Für die/den Versicherte(n) sind während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften anzuwenden. The insured person mentioned above remains subject to the Austrian legislation for the above mentioned period.</p>

5.	Zuständiger Krankenversicherungsträger Competent sickness insurance institution								
5.1	<p>Name Name</p> <p>.....</p>								
5.2	<p>Adresse (3) Address</p> <p>.....</p>								
5.3	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: center;">Datum Date</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">Unterschrift Signature</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </table>		Datum Date	(2)	Unterschrift Signature	
	Datum Date	(2)	Unterschrift Signature						
						

**Hinweise
Explanatory notes**

- (1) Der zuständige Krankenversicherungsträger füllt das Formular aus und sendet ein Exemplar an Social Security Administration, P.O. Box 17741, Baltimore, MD 21235, USA; ein weiteres Formular ist für den Versicherten bestimmt.
The competent sickness insurance institution will complete this form and send a copy of it to the Social Security Administration, P.O. Box 17741, Baltimore, MD 21235, USA. A copy will also be available for the insured person.
- (2) Bitte füllen Sie diese Spalte entsprechend aus:
Please fill in this column respectively:
- | | | |
|---|---|---|
| T | M | J |
| D | M | Y |
| | | |
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Postal code, Town, Street, Number, Country.