

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER
TUNESISCHEN REPUBLIK ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**CONVENTION ENTRE LA REPUBLIQUE D'AUTRICHE ET LA
REPUBLIQUE TUNISIENNE SUR LA SECURITE SOCIALE**

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ENTSENDUNG

(1)

CERTIFICAT DE DETACHEMENT

Abkommen: Art. 7
Convention: Art. 7

Tunesische Versicherungs- oder Referenznummer
Numéro d'immatriculation ou du dossier en Tunisie

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

Verwaltungsvereinbarung: Art. 3
Arrangement Administratif: Art. 3

Österreichische Versicherungsnummer
Numéro d'immatriculation en Autriche

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

1. Versicherte(r)
Assuré(e)

1.1	Familiename(n) Nom de famille	Vorname(n) Prénom(s)	Geburtsname Nom de naissance	Geburtsdatum Date de naissance

1.2	Staatsangehörigkeit Nationalité			
			
1.3	Adresse in Österreich Adresse en Autriche ⁽²⁾			
			

2. Dienstgeber 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 L'assuré(e) désigné(e) au point 1 est détaché(e) pour une période allant probablement
	vom bis du au
	von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in das nachstehend angeführte tunesische Unternehmen entsendet: par l'employeur désigné au point 2 auprès de l'établissement tunisien ci-après:
3.2	Name oder Firmenname Nom ou raison sociale

3.3	Adresse ⁽²⁾ Adresse

3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . Pendant la période sus-indiquée, l'intéressé(e) reste soumis à la législation autrichienne.

4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Institution compétente autrichienne d'assurance maladie							
4.1	Name Nom 						
4.2	Adresse ⁽²⁾ Adresse 						
4.3	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Stempel Cachet</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Datum Date</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Unterschrift Signature</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </table>	Stempel Cachet	Datum Date	Unterschrift Signature	
Stempel Cachet	Datum Date	Unterschrift Signature					
					

**Hinweise
Instructions**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen. Eine Kopie ergeht an die Nationale Krankenversicherungskasse (C.N.A.M).
Le formulaire doit être rempli par l'institution compétente autrichienne et remis à l'assuré(e) ou à son employeur.
Une copie sera adressée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.).
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Code postal, localité, rue, numéro, pays
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Mettre une croix dans la case appropriée.

**Wichtige Hinweise für den Dienstnehmer
Instructions importantes pour le travailleur**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.
En cas d'accident du travail, il faudra absolument en informer le service compétente autrichienne d'assurance maladie et l'employeur.