

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER
REPUBLIK TÜRKIE ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**
**AVUSTURYA CUMHURİYETİ İLE TÜRKİYE CUMHURİYETİ ARASINDAKİ
SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMESİ**

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN (1)
MEVZUAT TAYİNİNE İLİŞKİN BELGE

Abkommen: Art. 7 Abs. 1 und 2
Sözleşme: Madde 7 bend 1 ve 2

Versicherungsnummer in der Türkei
Türkiye'deki sigorta no

Durchführungsvereinbarung: Art. 3
Uygulama Anlaşması: Madde 3

Versicherungsnummer in Österreich
Avusturya'daki sigorta no

1. Versicherte(r) Sigortalı	
1.1 Familienname(n) Soyadı	Vorname(n) Adı
.....
1.2 Geburtsname Doğum soyadı	Geburtsdatum Doğum tarihi
.....
1.3 Adresse des Versicherten in Österreich (2) Sigortalının Avusturya'daki adresi	
.....	

2. Dienstgeber in Österreich Avusturya'daki İşveren	
2.1 Name oder Firmenname Adı ya da firma adı
2.2 Adresse (2) Adresi

3. Entsendung Gönderme	
3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit Yukarıda adı geçen sigortalı, tahminen	vom bis 'den 'e kadar
von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in das nachstehend angeführte türkische Unternehmen entsendet. İkinci kısımda belirtilen işveren tarafından aşağıdaki Türk firmasına gönderilecektir.	
3.2 Name oder Firmenname Adı ya da firma adı
3.3 Adresse (2) Adresi
3.4 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften. İlgili şahıs için yukarıda belirtilen süre esnasında Avusturya mevzuatı geçerlidir.	

**4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger (1)
Yetkili Avusturya Hastalık Sigortası Mercii**

4.1	Name Adı	
4.2	Adresse (2) Adresi	
4.3	Stempel Mühür	Datum Tarih	Unterschrift İmza
	

**Hinweise
Dipnotlar**

- (1) Das Formular ist vom **zustandigen österreichischen Krankenversicherungstrager** auszufullen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhandigen.
Bu form **yetkili Avusturya Hastalık Sigortası Mercii** tarafından doldurulup sigortalı ya da iřverene teslim edilecektir.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat
Posta kodu, il, cadde, ev numarası, devlet.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherten
Sigortalı icin onemli Aıklamalar**

- I. Vor der Abreise empfehlen wir Ihnen, das Formular A/TR 3 „Bescheinigung über den Anspruch auf Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes **in der Türkei**“ für Sie selbst und Ihre Familienangehörigen, die Sie begleiten, zu beantragen. Das Formular A/TR 3 wird vom zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger ausgestellt. Dieser Versicherungsträger wird Sie gleichzeitig über alle Formalitäten informieren, die in der Türkei erfüllt werden müssen, um die Ansprüche sowohl auf ärztliche Versorgung als auch auf Auszahlung von Geldleistungen zu wahren.
- Seyahate ıkımadan önce kendiniz ve beraberinizdeki aile üyeleri için tıbbi bakım talebi belgesiyle ilgili olarak A/TR 3 (Türkiye' de Geçici **ikamet Esnasında Sağlık Yardım Hakkı Belgesi**) formulerini istemenizi tavsiye ederiz.
Bu form, yetkili Avusturya Hastalık Sigortası Mercii tarafından doldurulacaktır.
Bu sigorta mercii tıbbi yardım ve para yardımı ödenmesine iliřkin haklarınızı garanti altına almak için Türkiye'de yerine getirmeniz gereken formaliteler hakkında bilgi verecektir.
- II. Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zustandige osterreichische Krankenversicherungstrager und der Dienstgeber zu verstandigen.
Bir iř kazası halinde kesinlikle yetkili Avusturya Hastalık Sigortası Mercii'ne bilgi verilecektir.