

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND
DER REPUBLIK KROATIEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**
**UGOVOR IZMEĐU REPUBLIKE AUSTRIJE I REPUBLIKE HRVATSKE
O SOCIJALNOM OSIGURANJU**

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN (1)
POTVRDA O PRAVNIM PROPISIMA KOJI SE PRIMJENJUJU

Abkommen: Art. 7, 8 und 9
Ugovor: čl. 7, 8 i 9.

Kroatische Versicherungsnummer
Hrvatski broj osiguranja

--

Durchführungsvereinbarung: Art. 4
Provedbeni sporazum: čl. 4.

Österreichische Versicherungsnummer
Austrijski broj osiguranja

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

1. Versicherte(r)
Osiguranik(ca)

1.1 Familienname(n) / Nachname(n)
Prezime(na)

Vorname(n)
Ime(na)

1.2 Geburtsdatum
Datum rođenja

1.3 Adresse in Österreich (2)
Adresa u Austriji

IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG (ARTIKEL 7 UND 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
ISPUNITI U SLUČAJEVIMA UPUĆIVANJA (ČLANAK 7. I 9. UGOVORA)

2. Dienstgeber in Österreich
Poslodavac u Austriji

2.1 Name oder Firmenname
Ime ili naziv tvrtke

2.2 Adresse (2)
Adresa

3. Entsendung
Upućivanje

Art. 7
čl. 7

Ausnahmevereinbarung
Iznimni sporazum

Art. 9 (3)
čl. 9

3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit
Osiguranika(cu) iz točke 1. upućuje za predviđeno razdoblje

vom bis

od do

von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet:
poslodavac iz točke 2. u sljedeće poduzeće:

3.2 Name oder Firmenname in Kroatien
Ime ili naziv tvrtke u Hrvatskoj

3.3 Adresse (2)
Adresa

3.4 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die **österreichischen Rechtsvorschriften**.
Za navedenu osobu vrijede za vrijeme naznačenog razdoblja **austrijski pravni propisi**.

3.5 In Fällen einer Ausnahmereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: Ispuniti u slučajevima iznimnog sporazuma po čl. 9. Ugovora:	
3.5.1 Zuständige Behörde in Österreich: Nadležno tijelo u Austriji: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Zuständige Behörde in Kroatien: Nadležna tijela u Hrvatskoj: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske Ksaver 200a 10000 Zagreb HRVATSKA
Aktenzahl Broj spisa 	Aktenzahl Klasa:..... Urbroj:..... od
	Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva Republike Hrvatske Ulica grada Vukovara 78 10000 Zagreb HRVATSKA
	Aktenzahl Klasa:..... Urbroj:..... od

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
ISPUNITI U SLUČAJEVIMA IZBORA (ČLANAK 8. UGOVORA)**

4. Wahl Izbor	
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 österreichischen Rechtsvorschriften . Osiguranik(ca) iz točke 1. je od zaposlen(a) pri navedenom poslodavcu i na osnovi izbora prema članku 8. Ugovora, podliježe austrijskim pravnim propisima .
4.2	Name des Dienstgebers in Kroatien Ime poslodavca u Hrvatskoj
4.3	Adresse ⁽²⁾ Adresa

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja		
5.1	Name Naziv 	
5.2	Adresse ⁽²⁾ Adresa 	
5.3	Stempel Žig Datum Datum 	Unterschrift Potpis

**Hinweise
Upute**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
Ovu tiskanicu ispunjava **nadležni austrijski nositelj osiguranja** i uručuje ju osiguraniku(ci) ili poslodavcu.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Stavite križić u odgovarajući pravokutnik.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)
Važne upute za osiguranika(cu)**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

U slučaju nesreće na poslu odmah o tome obavijestiti nadležnog austrijskog nositelja osiguranja i poslodavca.