ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND MONTENEGRO ÜBER SOZIALE SICHERHEIT
SPORAZUM IZMEĐU REPUBLIKE AUSTRIJE I CRNE GORE O SOCIJALNOM OSIGURANjU

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTES IN MONTENEGRO

(1)

POTVRDA O PRAVU NA ZDRAVSTVENE USLUGE ZA VREME PRIVREMENOG BORAVKA U CRNOJ GORI

Abkommen: Art. 11 Abs. 1 lit. b
Sporazum: član 11. st. 1. tačka b

Versicherungsnummer in Montenegro
Matični (lični) broj osiguranika u Crnoj Gori

Durchführungsvereinbarung: Art. 5
Sporazum o sprovođenju: član 5.

Österreichische Versicherungsnummer
Broj osiguranika u Austriji

1.	☐ **Versicherte(r)** **Osiguranik**	☐ **Pensionist(in)** (2) **Penzioner**
1.1	Familienname(n) / Nachname(n) Prezime (prezimena)	Vorname(n) Ime (imena) .....
1.2	Geburtsdatum Datum rođenja	
1.3	Adresse in Österreich (3) Adresa u Austriji	

2.	**Familienangehörige** (4) **Članovi porodice**		
	Familienname(n) / Nachname(n) Prezime (prezimena)	Vorname(n) Ime (imena)	Geburtsdatum Datum rođenja
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			
2.6	Ständige Adresse in Österreich (3) (5) Stalna adresa u Austriji		

3. Wichtige Hinweise für die Leistungsinanspruchnahme in Montenegro
Važne napomene za ostvarivanje prava na zdravstvene usluge u Crnoj Gori

3.1 Diese Bescheinigung ist grundsätzlich ***vor der Leistungsinanspruchnahme*** der für den Aufenthaltsort in Betracht kommenden Organisationseinheit des Fonds für Krankenversicherung vorzulegen, die auch Auskünfte über ihre Vertragspartner erteilen wird.
Wenn der Gesundheitszustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Montenegro ***unverzüglich*** die Gewährung von Leistungen erfordert, können diese zu Lasten des ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers nur bei einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung, die in einem Vertragsverhältnis zur Organisationseinheit des Fonds für Krankenversicherung stehen***, in Anspruch genommen werden.

Ova potvrda se u načelu ***prije korišćenja zdravstvenih usluga*** podnosi odgovarajućoj Organizacionoj jedinici Fonda za zdravstveno osiguranje prema mjestu boravka, koja daje obavještenje o svojim ugovornim partnerima.
Kada zdravstveno stanje navedene(ih) osobe(a) za vrijeme privremenog boravka u Crnoj Gori zahtijeva ***neodložno*** korišćenje zdravstvenih usluga, oni to pravo na teret ***nadležnog austrijskog nosioca zdravstvenog osiguranja mogu ostvariti samo kod ljekara, u bolnici ili drugoj instituciji, koji imaju ugovorni odnos sa Organizacionom jedinicom Fonda za zdravstveno osiguranje.***

4.

4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können die Sachleistungen
Na osnovu ove potvrde zdravstvene usluge mogu da se odobre

vom ..... bis einschließlich ..... gewährt werden.
od zaključno do

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Nadležni austrijski nosilac zdravstvenog osiguranja

5.1 Name
Naziv

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

5.2 Adresse (3)
Adresa

3100, St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Austria

5.3 Stempel
Pečat

Datum Datum	Unterschrift Potpis
.....	.....

Hinweise
Napomene

(1) Die Bescheinigung ist vom ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger*** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den ***Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit des Fonds für Krankenversicherung*** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Ovu potvrdu popunjava ***nadležni austrijski nosilac zdravstvenog osiguranja*** i predaje dotičnom licu ili šalje ***odgovarajućoj Organizacionoj jedinici Fonda za zdravstveno osiguranje nadležnoj prema mjestu boravka dotičnog lica***, ako je potvrda izdata na njen zahtjev.

(2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Obilježiti krstićem odgovarajuće polje.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Poštanski broj, mjesto, ulica, broj, država.

(4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Popuniti samo ako članovi porodice nemaju sopstveno pravo na zdravstvene usluge.

(5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Popuniti samo ako se adresa razlikuje od adrese navedene u rubrici 1.

WICHTIGE HINWEISE FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN
VAŽNE NAPOMENE ZA KORISNIKA PRAVA

Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit des Fonds für Krankenversicherung vorzulegen.

Ova potvrda se u slučaju potrebe podnosi Organizacionoj jedinici Fonda za zdravstveno osiguranje nadležnoj prema mjestu boravka dotičnog lica.

WICHTIG
VAŽNO

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit des Fonds für Krankenversicherung zu melden!

Da bi se sačuvalo pravo na usluge, početak bolesti koju je ljekar potvrdio, mora da se prijavi u zakonskom roku od nedjelju dana odgovarajućoj Organizacionoj jedinici Fonda za zdravstveno osiguranje prema mjestu boravka dotičnog lica.