ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER SCHWEIZERISCHEN EIDGENOSSENSCHAFT ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE D'AUTRICHE ET LA CONFEDERATION SUISSE

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANWENDUNG DER ÖSTERREICHISCHEN RECHTSVORSCHRIFTEN AUF EINE IN DER SCHWEIZ BESCHÄFTIGTE PERSON

ATTESTATION RELATIVE A L'APPLICATION DE LA LEGISLATION AUTRICHIENNE A UNE PERSONNE OCCUPEE EN SUISSE

(1)

Abkommen: Artikel 7
Convention: article 7

Schweizerische AHV/IV-Versichertennummer
Numéro d'assuré AVS/AI suisse

Durchführungsvereinbarung: Artikel 4
Arrangement administratif: article 4

Österreichische Versicherungsnummer
Numéro d'assuré autrichien

1. Versicherte(r) / Assuré(e)

1.1 Familienname(n) / Nom(s) de famille: .....
Vorname(n) / Prénom(s): .....
Geburtsname / Nom de jeune fille: .....

1.2 Geburtsdatum / Date de naissance: .....
Staatsangehörigkeit / Nationalité: .....

1.3 Adresse des Versicherten in Österreich / Adresse de l'assuré(e) en Autriche (2)
.....

2. Dienstgeber (Arbeitgeber) in Österreich / Employeur en Autriche

2.1 Name oder Firmenname / Nom ou raison sociale
.....

2.2 Adresse / Adresse (2)
.....

3. Entsendung / Détachement

3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit
Le/la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 travaillera pour une periode allant probablement

vom / du ..... bis / au .....

von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber (Arbeitgeber) in folgendes Unternehmen entsendet:
par l'employeur cité sous point 2, auprés de l'entreprise suivante:

3.2 Name oder Firmenname in der Schweiz / Nom ou raison sociale en Suisse
.....

3.3	Adresse (2) Adresse .....
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die ***österreichischen Rechtsvorschriften***. La législation autrichienne est applicable à la personne concernée pour la période mentionée ci-dessus.

4.	**Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger** **Organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie**
4.1	Name Nom Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
4.2	Adresse (2) Adresse 3100, St. Pölten, Kremser Landstraße 3, Austria
4.3	Stempel Timbre Datum / Date: ..... Unterschrift / Signature: .....

Hinweise
Remarques

(1) Das Formular ist vom ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger*** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber (Arbeitgeber) auszuhändigen.
La formule doit être remplie par l'organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie et remise à l'assuré(e) ou à l'employeur.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Numéro postal, lieu, numéro, pays.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)
Remarques importantes pour l'assuré(e)

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

En cas d'accident professionnel, l'organisme assureur autrichien compétent et l'employeur doivent absolument être avertis.