

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND  
 KANADA IM BEREICH DER SOZIALEN SICHERHEIT**  
**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE REPUBLIC  
 OF AUSTRIA AND CANADA**  
**ACCORD SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LA RÉPUBLIQUE  
 D'AUTRICHE ET LE CANADA**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN** (1)  
**CERTIFICATE CONCERNING THE APPLICABLE LEGISLATION**  
**CERTIFICAT RELATIF A LA LEGISLATION APPLICABLE**

**Abkommen: Art. 7, 8 und 9**  
**Agreement: Art. 7, 8 and 9**  
**Accord: Art. 7, 8 et 9**

**Durchführungsvereinbarung: Art. 3**  
**Administrative Arrangement: Art. 3**  
**Arrangement administratif: Art. 3**

Kanadische Sozialversicherungsnummer  
 Canadian Social Insurance Number  
 Numéro d'assurance sociale au Canada

Österreichische Versicherungsnummer  
 Austrian Insurance Number  
 Numéro d'assurance en Autriche

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

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

<b>1. Versicherte(r) Contributor Cotisant(e)</b>			
1.1	Familienname(n) / Nachname(n) Surname(s) / Family name(s) Nom(s) de famille		Vorname(n) Given name(s) Prénom(s)
	.....		.....
1.2	Geburtsdatum Date of birth Date de naissance	Frühere Namen Former names Noms antérieurs	Staatsangehörigkeit Citizenship Nationalité
	.....	.....	.....
1.3	Adresse in Österreich Address in Austria (2) Adresse en Autriche		
	.....		

**IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG (ARTIKEL 7 UND 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN**  
**TO BE COMPLETED IN CASES OF SECONDMENT (ARTICLE 7 AND 9 OF THE AGREEMENT)**  
**REEMPLIR DANS LES CAS DE DETACHEMENT (ARTICLE 7 ET 9 DE L'ACCORD)**

<b>2. Dienstgeber in Österreich Employer in Austria Employeur en Autriche</b>	
2.1	Name des Dienstgebers in Österreich Name of employer in Austria Nom de l'employeur en Autriche
	.....
2.2	Adresse Address (2) Adresse
	.....

<b>3.</b>	<b>Entsendung</b> <b>Posting</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Art. 7</b>		<b>Ausnahmevereinbarung</b> <b>Exception agreement</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Art. 9</b> (3)
	<b>Détachement</b>				<b>Clause d'exception</b>		
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in Canada for a period likely to extend Le/la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 travaillera au Canada pour une période allant probablement						
		vom		bis			
		from	.....	to			
		du		au			
	von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in das nachstehend angeführte kanadische Unternehmen entsendet: will be seconded by the employer mentioned in block 2 to the canadian establishment indicated below: sera détaché(e) par l'employeur indiqué à la case 2 dans l'entreprise canadienne mentionnée ci-dessous:						

3.2	Name oder Firmenname in Kanada Name of employer in Canada Nom de l'employeur au Canada	.....
3.3	Adresse Address (2) Adresse	.....
3.4	Für die/den Versicherte(n) gelten während des oben angeführten Zeitraumes (maximal während der ersten 60 Kalendernate) die österreichischen Rechtsvorschriften. The person mentioned above remains subject to the Austrian legislation for the above mentioned period (no exceeding the first 60 calendar months). La personne mentionnée ci-dessus demeure assujettie à la législation autrichienne pour la période indiquée ci-dessus (pendant les 60 premiers mois civils au maximum).	
3.5	<b>In Fällen einer Ausnahmereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: To be filled in when an exception agreement according to art. 9 of the agreement applies: A remplir en cas d'application d'une clause d'exception selon l'art. 9 de l'accord:</b>	
3.5.1	Zuständige Behörde in Österreich: Competent authority in Austria: Autorité compétente en Autriche:  Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH  Aktenzahl: Reference number of file: Numéro de dossier:	Zuständige Behörde in Kanada: Competent authority in Canada: Autorité compétente en Canada:  Canada Revenue Agency Social Security Agreements Place de Ville Tower "A" 320 Queen Street Ottawa, Ontario, K1A 0L5 CANADA  Aktenzahl: Reference number of file: Numéro de dossier:
	.....	.....

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN  
TO BE COMPLETED IN CASES INVOLVING AN ELECTION (ARTICLE 8 OF THE AGREEMENT)  
REmplir dans les cas d'une option (Article 8 de l'accord)**

<b>4. Wahl Option Option</b>
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 <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . The insured person mentioned in block 1 is employed by the employer indicated below since ..... and has elected to be subject to <b>the Austrian legislation</b> . Le/la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 est employé(e) par l'employeur ci-dessous depuis le ..... et a choisi d'être assujetti(e) à <b>la législation autrichienne</b> .
4.2 Name des Dienstgebers in Kanada Name of employer in Canada Nom de l'employeur au Canada  .....
4.3 Adresse Address (2) Adresse  .....

<b>5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Competent Austrian sickness insurance institution Institution de l'assurance-maladie compétente en Autriche</b>
5.1 Name Name Nom  .....

5.2	Adresse Address (2) Adresse .....		
5.3	Stempel Seal Cachet	Datum Date Date .....	Unterschrift Signature Signature .....

**Hinweise**  
**Explanatory notes**  
**Notes explicatives**

- (1) Der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger füllt das Formular aus und sendet ein Exemplar an: **Canada Revenue Agency, Ottawa Tax Services Office, CPP/EI Rulings Section, 333 Laurier Avenue West, Ottawa, ON K1A 0L9, Canada**. Ein weiteres Exemplar ist für den Dienstnehmer bestimmt.  
 The competent Austrian sickness insurance institution will complete this form and send a copy of it to the **Canada Revenue Agency, Ottawa Tax Services Office, CPP/EI Rulings Section, 333 Laurier Avenue West, Ottawa, ON K1A 0L9, Canada**. A copy will also be available for the employée.  
 L'institution de l'assurance-maladie compétente en Autriche remplit ce formulaire et en fait parvenir un exemplaire au **Canada Revenue Agency, Ottawa Tax Services Office, CPP/EI Rulings Section, 333 Laurier Avenue West, Ottawa, ON K1A 0L9, Canada**. De plus, un exemplaire est destiné à l'employé.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
 Number, street, town, province, country, postal code.  
 Numéro, rue, ville, province, code postal, pays.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
 Put a cross in the appropriate box.  
 Cochez la case appropriée.