

**ÖSTERREICHISCH-MAZEDONISCHES ABKOMMEN  
ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**АВСТРИСКО-МАКЕДОНСКА КОНВЕНЦИЈА  
ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN**

**ПОТВРДА ЗА ПРИМЕНА НА ПРАВНИТЕ ПРОПИСИ**

(1)

**Abkommen: Art. 7, 8 und 9**  
**Конвенција: Член 7, 8 и 9**

Mazedonisches Aktenzeichen  
Македонски број на предметот

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

Matrikelnummer  
Македонски ЕМБГ

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

**Durchführungsvereinbarung: Art. 4**  
**Спогодба за спроведување на**  
**Конвенцијата: Член 4**

Österreichische Versicherungsnummer  
Австриски број на осигурување

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

**1. Versicherte(r)**  
**Осигуреник/чка**

1.1 Familienname(n) / Nachname(n)  
Презиме/иња / Друго презиме/иња

Vorname(n)  
Име/иња

1.2 Geburtsdatum  
Датум на раѓање

Frühere Namen  
Име при раѓање

1.3 Adresse in Österreich <sup>(2)</sup>  
Адреса во Австрија

**IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG (ARTIKEL 7 UND 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN**  
**ДА СЕ ПОПОЛНИ ВО СЛУЧАЈ НА УПАТУВАЊЕ (ЧЛЕН 7 И 9 ОД КОНВЕНЦИЈАТА)**

**2. Dienstgeber in Österreich**  
**Работодавач во Австрија**

2.1 Name oder Firmenname  
Име или име на фирма

2.2 Adresse <sup>(2)</sup>  
Адреса

**3. Entsendung**  
**Упатување**

**Art. 7**  
**Чл. 7**

**Ausnahmevereinbarung**  
**Договор за исклучок**

**Art. 9**  
**Чл. 9** <sup>(3)</sup>

3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit  
Осигуреникот/чката наведен/а во точка 1 вероватно во периодот

vom ..... bis .....  
од ..... до .....

von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet:  
работодавач наведен во точка 2 ќе го/ ја упати на работа во следното претпријатие:

3.2 Name oder Firmenname in Mazedonien  
Име или име на фирма во Македонија

3.3 Adresse <sup>(2)</sup>  
Адреса

3.4 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die **österreichischen Rechtsvorschriften**.  
Во односниот случај, за време на горе наведениот временски период ќе важат **австриските правни прописи**.

3.5 <b>In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: Да се пополни во случај на договор за исклучок согласно Чл. 9 од Конвенцијата:</b>	
3.5.1 Zuständige Behörde in Österreich: Надлежни органи во Австрија:  Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH  Aktenzahl Број на акт  .....	Zuständige Behörde in Mazedonien: Надлежни органи во Македонија:  Министерство за труд и социјална политика ул. "Даме Груев" бр. 14 1000 Скопје МАКЕДОНИЈА  Aktenzahl Број на акт  .....

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN  
ДА СЕ ПОПОЛНИ ВО СЛУЧАЈ НА ИЗБОР (ЧЛЕН 8 ОД КОНВЕНЦИЈАТА)**

<b>4. Wahl Избор</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> . Осигуреникот/чката наведен/а во точка 1 е вработен/а кај подолу наведениот работодавач од ..... и врз основа на направениот избор согласно член 8 од Конвенција подлежи на <b>австриските правни прописи</b> .	
4.2 Name des Dienstgebers in Mazedonien Име на работодавач во Македонија  .....	
4.3 Adresse <sup>(2)</sup> Адреса  .....	

<b>5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Надлежен австриски носител за здравствено осигурување</b>	
5.1 Name Име  .....	
5.2 Adresse <sup>(2)</sup> Адреса  .....	
5.3 Stempel Печат	Datum Датум  .....
	Unterschrift Потпис  .....

**Hinweise**  
**Објаснување**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.  
Формуларот го пополнува **надлежниот австриски носител за здравствено осигурување** и го предава на осигуреникот/чката или на работодавачот.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Поштенски број, место, улица и број, држава.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Потребното да се обележи.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)**  
**Важно објаснување за осигуреникот/чката**

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

При повреда на работа задолжително треба да се известат надлежниот австриски носител за здравствено осигурување и работодавачот.