

3.3	Adresse ⁽³⁾ Dirección
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften . El mencionado trabajador quedará sujeto a la legislación austriaca durante el periodo arriba indicado.

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
COMPLETAR EN CASO DE UNA OPCION (ART. 8 DEL CONVENIO)**

4. Wahl Opcion	
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 . El/la trabajador(a) mencionado(a) en el punto 1 se desempeña en la Institución indicada a continuación desde el y debido a la opcion elegida según el art. 8 del Convenio queda sujeto a la legislación austriaca .
4.2	Name des Dienstgebers in Chile Nombre del empleador en Chile
4.3	Adresse ⁽³⁾ Dirección

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria	
5.1	Name Nombre
5.2	Adresse ⁽³⁾ Dirección
5.3	Telefaxnummer Telefax
5.4	Stempel Sello
	Datum Fecha
	Unterschrift Firma

**Hinweise
Advertencias**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
El formulario debe ser completado por el **Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria** y será entregado al trabajador o al empleador.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Sirvase marcar el recuadro correspondiente.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat
Código postal, localidad, calle, número, país.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)
Advertencia importante para el asegurado**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.
En caso de sufrir un accidente laboral es imprescindible comunicarselo al Organismo Competente en Austria y al empleador.