

IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
POPUNITI U SLU^AJU ODLUKE (^LAN 8. SPORAZUMA)

4. Wahl Izbor
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 . Osiguranik naveden u ta~ki 1. je zaposlen odkod dole navedenog poslodavca na osnovu donete odluke u skladu sa ~lanom 8. Sporazuma podle`e austrijskim pravnim propisima .
4.2 Name des Dienstgebers in Jugoslawien Ime poslodavca u Jugoslaviji
4.3 Adresse ⁽²⁾ Adresa

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Nadle`ni austrijski nosilac zdravstvenog osigurawa						
5.1 Name Naziv						
5.2 Adresse ⁽²⁾ Adresa						
5.3 Stempel Pe~at <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 30%; text-align: center;">Datum Datum</td><td style="width: 30%; text-align: center;">Unterschrift Potpis</td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">.....</td><td style="text-align: center;">.....</td></tr></table>		Datum Datum	Unterschrift Potpis	
	Datum Datum	Unterschrift Potpis				
				

Hinweise
Napomene

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
Ovaj obrazac popuwava nadle`ni austrijski nosilac zdravstvenog osigurawa i uru~uje se osiguraniku ili poslodavcu.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Po{tanski broj, mesto, ulica, broj, dr`ava.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n) Va`no upozorewe za osiguranika (osiguranike)
Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.
U slu~aju povrede na radu obavezno obavestiti nadle`nog austrijskog nosioca zdravstvenog osigurawa i poslodavca.