

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 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.

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