



3.3	Adresse <sup>(2)</sup> Adresa	.....	
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . Za navedenu osobu vrijede za vrijeme naznačenog razdoblja <b>austrijski pravni propisi</b> .		
3.5	<b>In Fällen einer Ausnahmereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: Popuniti u slučajevima izuzetnog sporazuma prema čl. 9 Ugovora:</b>		
3.5.1	Zuständige Behörde in Österreich: Nadležni organ u Austriji:	Zuständige Behörde in Bosnien und Herzegowina: Nadležna organ u Bosni i Hercegovini:	
	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Federalno Ministarstvo rada i sozialne politike Vilsonovo šetalište br. 10 71000 Sarajevo BOSNIEN und HERZEGOWINA	Ministarstvo rada i boračko invalidske zaštite Trg Republike Srpske br. 1 78000 Banja Luka BOSNIEN und HERZEGOWINA
	Aktenzahl Broj spisa	Aktenzahl Broj spisa	Aktenzahl Broj spisa
	.....	.....	.....

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN  
ISPUNITI U SLUČAJEVIMA IZBORA (ČLANAK 8. UGOVORA)**

<b>4. Wahl Izbor</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> . Osiguranik(ca) iz točke 1. je od ..... zaposlen(a) pri navedenom poslodavcu i na osnovi izbora prema članku 8. Ugovora, podliježe <b>austrijskim pravnim propisima</b> .		
4.2	Name des Dienstgebers in Bosnien und Herzegowina Ime poslodavca u Bosni i Hercegovini		
	.....		
4.3	Adresse <sup>(2)</sup> Adresa		
	.....		

<b>5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja</b>			
5.1	Name Naziv		
	.....		
5.2	Adresse <sup>(2)</sup> Adresa		
	.....		
5.3	Stempel Žig		
	Datum Datum	Unterschrift Potpis	
	.....	.....	

**Hinweise  
Upute**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.  
Ovu tiskanicu ispunjava **nadležni austrijski nositelj osiguranja** i uručuje ju osiguraniku(ci) ili poslodavcu.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.
- (3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Stavite krstić u odgovarajući pravougaonik.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)  
Važne upute za osiguranika(cu)**

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

U slučaju nesreće na poslu odmah o tome obavijestiti nadležnog austrijskog nositelja osiguranja i poslodavca.