

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
ПОПУНИТИ У СЛУЧАЈУ ОДЛУКЕ (ЧЛАН 8. СПОРАЗУМА)**

4. Wahl Избор	
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 . Осигураник наведен у тачки 1. је запослен одкод доле наведеног послодавца на основу донете одлуке у складу са чланом 8. Споразума подлеже аустријским правним прописима .
4.2	Name des Dienstgebers in Jugoslawien Име послодавца у Југославији
4.3	Adresse ⁽²⁾ Адреса

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Надлежни аустријски носилац здравственог осигурања	
5.1	Name Назив
5.2	Adresse ⁽²⁾ Адреса
5.3	Stempel Печат
	Datum Датум
	Unterschrift Потпис

**Hinweise
Напомене**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
Овај образац попуњава надлежни аустријски носилац здравственог осигурања и уручује се осигуранику или послодавцу.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Поштански број, место, улица, број, држава.

<p>Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n) Важно упозорење за осигураника (осигуранике)</p> <p>Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen. У случају повреде на раду обавезно обавестити надлежног аустријског носиоца здравственог осигурања и послодавца.</p>
