Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

A/SRB 1

ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER REPUBLIK SERBIEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ РЕПУБЛИКЕ АУСТРИЈЕ И РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ О СОЦИЈАЛНОЈ СИГУРНОСТИ

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN (1)

ПОТВРДА О ПРАВНИМ ПРОПИСИМА КОЈИ СЕ ПРИМЕЊУЈУ

Abkommen: Art. 7, 8 und 9
Споразум: чл. 7, 8. и 9.

Durchführungsvereinbarung: Art. 3
Споразум о спровођењу: члан 3.

Versicherungsnummer in Serbien
Матични (лични) број осигураника у Србији

Österreichische Versicherungsnummer
Број осигураника у Аустрији

1. Versicherte(r)
Осигураник

1.1 Familienname(n) / Nachname(n)
Презиме (Презимена)

Vorname(n)
Име (Имена)

1.2 Geburtsdatum
Датум рођења
. .

Frühere Namen
Ранија презимена

1.3 Adresse in Österreich (2)
Адреса у Аустрији

IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG ODER AUSNAHMEVEREINBARUNG AUSZUFÜLLEN
ПОПУНИТИ У СЛУЧАЈУ УПУЋИВАЊА НА РАД ИЛИ ДОГОВОРЕНИМ ИЗУЗЕЦИМА

2. Dienstgeber in Österreich
Послодавац у Аустрији

2.1 Name oder Firmenname
Име или назив фирме

2.2 Adresse (2)
Адреса

3. Entsendung ☐ **Art. 7** **Упућивање на рад** **члан 7.** ☐ **Art. 8** **члан 8.** **Ausnahmevereinbarung** **Договорени изузеци** ☐ **Art. 9** **члан 9.** (3)

3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit
Послодавац наведен под тачком 2. упућује на рад осигураника наведеног под тачком 1. вероватно за период

vom / од _____ bis / до _____

von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen / in folgende Dienststelle entsendet:
у доле наведено предузеће / биро јавне службе:

3.2 Name oder Firmenname in Serbien
Име или назив фирме у Србији

3.3 Adresse (2)
Адреса

3.4 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die ***österreichischen Rechtsvorschriften***.
У току наведеног периода за осигуранике важе ***аустријски правни прописи***.

3.5 ***In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:***
Попунити за случајеве договорених изузетака сходно члану 9. споразума:

3.5.1

Zuständige Behörde in Österreich: Надлежна установа у Аустрији:	Zuständige Behörde in Serbien: Надлежна установа у Србији:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Ministarstvo rada i socijalne politike Nemanjina 22-26 11000 Beograd REPUBLIKA SRBIJA
Aktenzahl Број акта	Aktenzahl Број акта

4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Надлежни аустријски носилац здравственог осигурања

4.1 Name
Назив

4.2 Adresse (2)
Адреса

4.3 Stempel
Печат

Datum
Датум

Unterschrift
Потпис

……

Hinweise

Напомена

(1) Das Formular ist vom ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger*** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
Овај формулар попуњава ***надлежни аустријски носилац здравственог осигурања*** и уручује се осигуранику или послодавцу.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Поштански број, место, улица, број, држава.

(3) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Обележити крстићем одговарајуће поље.

Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)
Важно упутство за осигураника (осигуранике)

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.