

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND  
DEN VEREINIGTEN STAATEN VON AMERIKA IM BEREICH  
DER SOZIALEN SICHERHEIT**

**AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF AUSTRIA AND  
THE UNITED STATES OF AMERICA ON  
SOCIAL SECURITY**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN  
CERTIFICATE CONCERNING THE APPLICABLE LEGISLATION <sup>(1)</sup>**

**Abkommen: Artikel 6, 7, 8 und 9  
Agreement: Article 6, 7, 8 and 9**

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 3  
Administrative Arrangement: Article 3**

Österreichische Versicherungsnummer  
Austrian Insurance Number

<b>1. Versicherte(r) Insured person</b>					
1.1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Familiename(n) / Nachname(n) Surname(s) / Family name(s)</td> <td style="width: 50%; border: none;">Vorname(n) Given name(s)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">.....</td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> </table>	Familiename(n) / Nachname(n) Surname(s) / Family name(s)	Vorname(n) Given name(s)	.....	.....
Familiename(n) / Nachname(n) Surname(s) / Family name(s)	Vorname(n) Given name(s)				
.....	.....				
1.2	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Geburtsdatum <sup>(2)</sup> Date of birth</td> <td style="width: 50%; border: none;">Staatsangehörigkeit Citizenship</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">.....</td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> </table>	Geburtsdatum <sup>(2)</sup> Date of birth	Staatsangehörigkeit Citizenship	.....	.....
Geburtsdatum <sup>(2)</sup> Date of birth	Staatsangehörigkeit Citizenship				
.....	.....				
1.3	Ständige Adresse <sup>(3)</sup> Permanent address .....				

<b>2. Dienstgeber in Österreich Employer in Austria</b>	
2.1	Name des Dienstgebers Name of employer .....
2.2	Adresse <sup>(3)</sup> Address .....

<b>3. Entsendung Posting</b> <input type="checkbox"/> <b>Art. 7</b>	<b>Ausnahmevereinbarung Exception agreement</b> <input type="checkbox"/> <b>Art. 9</b> <sup>(4)</sup>
3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in the USA for a period likely to extend  <div style="text-align: center;">                     vom ..... bis ..... <sup>(2)</sup>                      from ..... to .....                 </div> zu dem nachstehend genannten Dienstgeber in die USA entsendet. for the employer indicated below.	
3.2	Name des Dienstgebers in den USA: Name of employer in USA: .....
3.3	Adresse <sup>(3)</sup> Address .....

3.4 <b>In Fällen einer Ausnahmereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: To be filled in when an exception agreement according to art. 9 of the agreement applies:</b>	
3.4.1 Zuständige Behörde in Österreich: Competent authority in Austria:	Zuständige Behörde in den USA: Competent authority in the USA:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	..... ..... ..... ..... .....
Aktenzahl Reference number of file: .....	Aktenzahl Reference number of file: .....

<b>4. Selbstständige Erwerbstätigkeit Self-employment</b>	
4.1	Die/der unter Punkt 1 genannte sich in Österreich gewöhnlich aufhaltende Versicherte ist seit ..... in Österreich selbstständig erwerbstätig und unterliegt nach Art. 7 Abs. 2 des Abkommens den österreichischen Rechtsvorschriften. The insured person ordinarily resident in Austria mentioned under item 1 has been self-employed in Austria since ..... and is subject to Austrian law according to Article 7 paragraph 2 of the Agreement.

<b>5. Bestimmungen über den Versicherungsschutz Provisions of coverage</b>	
5.1	Für die/den Versicherte(n) sind während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften anzuwenden. The insured person mentioned above remains subject to the Austrian legislation for the above mentioned period.

<b>6. Zuständiger Krankenversicherungsträger Competent sickness insurance institution</b>	
6.1	Name Name .....
6.2	Adresse <sup>(3)</sup> Address .....
6.3	Stempel Stamp
	Datum <sup>(2)</sup> Date
	Unterschrift Signature
	.....

**Hinweise  
Explanatory notes**

- (1) Der zuständige Krankenversicherungsträger füllt das Formular aus und stellt dieses dem Versicherten zur Verfügung.  
The competent sickness insurance institution will complete this form and presents this to the insured person available.
- (2) Bitte füllen Sie diese Spalte entsprechend aus:  
Please fill in this column respectively:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| T | M | J |
| D | M | Y |
|   |   |   |
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Postal code, Town, Street, Number, Country.
- (4) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Check appropriate box.