

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

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 под тачком 1 запослен је од код доле наведеног послодавца и на основу донете одлуке у складу са чланом 8. Споразума подлеже аустријским правним прописима .	
4.2 Name des Dienstgebers in Serbien Име послодавца у Србији	
4.3 Adresse ⁽²⁾ Адреса	

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Надлежни аустријски носилац здравственог осигурања	
5.1 Name Назив OÖ Gebietskrankenkasse	
5.2 Adresse ⁽²⁾ Адреса A-4021 Linz, Gruberstraße 77, Postfach 61	
5.3 Stempel Печат OÖ Gebietskrankenkasse A-4021 Linz, Gruberstraße 77, Postfach 61 DVR: 0023981	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.