

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER  
SCHWEIZERISCHEN EIDGENOSSENSCHAFT ÜBER SOZIALE SICHERHEIT  
CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE D'AUTRICHE  
ET LA CONFEDERATION SUISSE**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANWENDUNG DER ÖSTERREICHISCHEN  
RECHTSVORSCHRIFTEN AUF EINE IN DER SCHWEIZ BESCHÄFTIGTE PERSON (1)  
ATTESTATION RELATIVE A L'APPLICATION DE LA LEGISLATION AUTRICHIENNE  
A UNE PERSONNE OCCUPEE EN SUISSE**

**Abkommen: Artikel 7  
Convention: article 7**

Schweizerische AHV/IV-Versichertennummer  
Numéro d'assuré AVS/AI suisse

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 4  
Arrangement administratif: article 4**

Österreichische Versicherungsnummer  
Numéro d'assuré autrichien

<b>1. Versicherte(r) Assuré(e)</b>			
1.1	Familiename(n) Nom(s) de famille	Vorname(n) Prénom(s)	Geburtsname Nom de jeune fille
.....			
1.2	Geburtsdatum Date de naissance	Staatsangehörigkeit Nationalité	
.....			
1.3	Adresse des Versicherten in Österreich (2) Adresse de l'assuré(e) en Autriche		
.....			

<b>2. Dienstgeber (Arbeitgeber) in Österreich Employeur en Autriche</b>	
2.1	Name oder Firmenname Nom ou raison sociale
.....	
2.2	Adresse (2) Adresse
.....	

<b>3. Entsendung Détachement</b>	
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit Le/la cotisant(e) mentionné(e) à la case 1 travaillera pour une période allant probablement
vom ..... bis .....	
du ..... au .....	
von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber (Arbeitgeber) in folgendes Unternehmen entsendet: par l'employeur cité sous point 2, auprès de l'entreprise suivante:	
3.2	Name oder Firmenname in der Schweiz Nom ou raison sociale en Suisse
.....	

3.3	Adresse (2) Adresse .....
3.4	Bei der/dem Betroffenen gelten während des oben angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . La législation autrichienne est applicable à la personne concernée pour la période mentionnée ci-dessus.

<b>4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie</b>	
4.1	Name Nom .....
4.2	Adresse (2) Adresse .....
4.3	Stempel Timbre
	Datum Date
	Unterschrift Signature
	.....

**Hinweise  
Remarques**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber (Arbeitgeber) auszuhändigen.  
La formule doit être remplie par l'organisme autrichien compétent en matière d'assurance-maladie et remise à l'assuré(e) ou à l'employeur.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Numéro postal, lieu, numéro, pays.

<b>Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n) Remarques importantes pour l'assuré(e)</b>
Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber (Arbeitgeber) zu verständigen. En cas d'accident professionnel, l'organisme assureur autrichien compétent et l'employeur doivent absolument être avertis.