



3.2	Name oder Firmenname in Chile Nombre o razón social en Chile	.....
3.3	Adresse <sup>(3)</sup> Dirección	.....
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . El mencionado trabajador quedará sujeto a la <b>legislación austriaca</b> durante el periodo arriba indicado.	
3.5	<b>In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen: Rellenar en los casos de excepción según el art. 9 del Convenio :</b>	
3.5.1	Zuständige Behörde in Österreich: Autoridad competente en Austria:  Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	Zuständige Behörde in der Republik Chile: Autoridad competente en la República de Chile:  Ministerio del Trabajo y Previsión Social Huérfanos N° 1273, Piso 6 SANTIAGO DE CHILE
	Aktenzahl N° de expediente	Aktenzahl N° de expediente
	.....	.....

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN  
COMPLETAR EN CASO DE UNA OPCION (ART. 8 DEL CONVENIO)**

<b>4. Wahl Opcion</b>	
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 <b>österreichischen Rechtsvorschriften</b> . El/la trabajador(a) mencionado(a) en el punto 1 se desempeña en la Institución indicada a continuación desde el ..... y debido a la opcion elegida según el art. 8 del Convenio queda sujeto a la <b>legislación austriaca</b> .
4.2	Name des Dienstgebers in Chile Nombre del empleador en Chile
	.....
4.3	Adresse <sup>(3)</sup> Dirección
	.....

<b>5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria</b>	
5.1	Name Nombre
	.....
5.2	Adresse <sup>(3)</sup> Dirección
	.....
5.3	Telefaxnummer Telefax
	.....
5.4	Stempel Sello
	Datum Fecha
	Unterschrift Firma
	.....

**Hinweise  
Advertencias**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.  
El formulario debe ser completado por el **Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria** y será entregado al trabajador o al empleador.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Sirvase marcar el recuadro correspondiente.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat  
Código postal, localidad, calle, número, país.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)  
Advertencia importante para el asegurado**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

En caso de sufrir un accidente laboral es imprescindible comunicarselo al Organismo Competente en Austria y al empleador.