



3.5 <b>In Fällen einer Ausnahmereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:</b> <b>Попунити за случајеве договорених изузетака сходно члану 9. споразума:</b>	
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  .....

<b>4. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger</b> <b>Надлежни аустријски носилац здравственог осигурања</b>	
4.1 Name Назив  .....	
4.2 Adresse <sup>(2)</sup> 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.

<b>Wichtige Hinweise für die/den Versicherte(n)</b> <b>Важно упутство за осигураника (осигуранике)</b>
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.