ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DEM STAAT ISRAEL ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

אמנה בין הרפובליקה אוסטריה לבין מדינת ישראל בתחום הבטחון הסוציאלי

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN ÖSTERREICHISCHEN RECHTSVORSCHRIFTEN (1)

אישור על המשך תוקפן של הוראות החוק האוסטרי בתחום הבטחון הסוציאלי (1)

Abkommen: Art. 7 und 8
אמנה: סעיפים 7 ו- 8

Israelische Identitätsnummer
מספר תעודת הזהות הישראלית

Durchführungsvereinbarung: Art. 3
הסכם הביצוע: סעיף 3

Österreichische Versicherungsnummer
מספר הביטוח באוסטריה

1.	Versicherte(r)	המבוטח/ת	.1
1.1	Familienname(n) שם משפחה	Vorname(n) שם פרטי	1.1
1.2	Geburtsdatum תאריך לידה	Geschlecht: (2) מין (2) M/זכר ☐ W/נקבה ☐	1.2
1.3	Adresse in Österreich (3)	(3) כתובת באוסטריה	1.3

IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG NACH ISRAEL (ARTIKEL 7 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
למלא במקרה של הצבת עובד בישראל (סעיף 7 לאמנה)

2.	Dienstgeber in Österreich	המעסיק באוסטריה	.2
2.1	Name oder Firmenname	שם המעסיק או שם החברה	2.1
2.2	Adresse (3)	(3) כתובת	2.2

3.	Entsendung	הצבה	.3
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit vom ..... bis ..... von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet:	המבוטח/ת הנזכר/ת לעיל בסעיף 1 צפוי/ה להישלח לתקופה מ - ..... עד ..... על-ידי המעסיק שצוין לעיל בסעיף 2 אל העסק שלהלן:	3.1
3.2	Name oder Firmenname in Israel	שם העסק או שם החברה בישראל	3.2
3.3	Adresse (3)	(3) כתובת	3.3
3.4	Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die ***österreichischen Rechtsvorschriften***.	על המבוטח/ת הנ"ל יחולו במשך התקופה שצוינה לעיל ***הוראות החוק האוסטרי*** בתחום הביטחון הסוציאלי.	3.4

IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 8 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
למלא במקרה של בחירה (סעיף 8 לאמנה)

4.	**Wahl**	**בחירה**	**.4**
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***.	המבוטח/ת הנזכר/ת לעיל בסעיף 1 מועסק/ת אצל המעסיק שלהלן מתאריך....., ועל-סמך זכות הבחירה, על-פי סעיף 8 לאמנה, הוא/היא כפוף/כפופה ***להוראות החוק האוסטרי*** בתחום הביטחון הסוציאלי.	4.1
4.2	Name des Dienstgebers in Israel ……	שם המעסיק בישראל	4.2
4.3	Adresse (3) ……	כתובת (3)	4.3

5.	**Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger**	**קופת החולים המוסמכת באוסטריה**	**.5**
5.1	Name **OÖ GEBIETSKRANKENKASSE** ……	שם	5.1
5.2	Adresse **A – 4021 LINZ, GRUBERSTRAßE 77, POSTFACH 61** ……	כתובת (3)	5.2
5.3	Stempel **OÖ Gebietskrankenkasse** **A-4021 Linz, Gruberstraße 77** **DVR: 0023981** Datum תאריך …… Unterschrift חתימה ……	חותמת	5.3

Hinweise
הערות

(1)	Das Formular ist vom ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger*** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.	טופס זה ימולא על-ידי ***קופת החולים המוסמכת באוסטריה*** וימסר לידי המבוטח/ת או לידי המעסיק.	(1)
(2)	Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.	נא לסמן X במשבצת המתאימה.	(2)
(3)	Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.	רחוב, מספר בית, ישוב, מיקוד, מדינה.	(3)

WICHTIGER HINWEIS FÜR DIE/DEN VERSICHERTE(N)	**הערה חשובה למבוטח/ת**
Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.	במקרה של תאונת עבודה, חובה להודיע על כך מיד לקופת החולים המוסמכת באוסטריה ולמעסיק.