ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER REPUBLIK CHILE ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE AUSTRIA Y LA REPUBLICA DE CHILE

BESCHEINIGUNG ÜBER EINE (1)
CERTIFICADO DE

☐ ENTSENDUNG NACH ART. 7 DES ABKOMMENS
DESPLAZAMIENTO CONFORME AL ART. 7 DEL CONVENIO

(2) ☐ WAHL NACH ART. 8 DES ABKOMMENS
OPCION CONFORME AL ART. 8 DEL CONVENIO

☐ AUSNAHMEVEREINBARUNG NACH ART. 9 DES ABKOMMENS
ACUEROD DE EXCEPCIÓN CONFORME AL ART. 9 DEL CONVENIO

Abkommen: Art. 7, 8 und 9
Convenio: art. 7, 8 y 9

Durchführungsvereinbarung: Art. 3
Acuerdo administrativo para su aplicación: art. 3

Chilenische Personalausweisnummer
Cédula nacional de identidad o R.U.T. en Chile

☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐

Österreichische Versicherungsnummer
Número del seguro en Austria

☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

1.	**Versicherte(r)** **El Trabajador**	
1.1	Familienname(n) / Nachname(n) Apelidos ……	Vorname(n) Nombres ……
1.2	Geburtsdatum Fecha de nacimiento ……	
1.3	Adresse in Österreich (3) Dirección en Austria ……	

IN FÄLLEN DER ENTSENDUNG (ARTIKEL 7 UND 9 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
COMPLETAR EN CASO DE TRATARSE DE UN TRABAJADOR DESPLAZADO (ART. 7 Y 9 DEL CONVENIO)

2.	**Dienstgeber in Österreich** **Empleador en Austria**
2.1	Name oder Firmenname Nombre e razón social ……
2.2	Adresse (3) Dirección ……

3.	**Entsendung** ☐ **Art. 7** **Desplazamiento** **art. 7**	**Ausnahmevereinbarung** ☐ **Art. 9** (2) **Acuerdo de excepción** **art. 9**
3.1	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit (maximal 60 Monate) El/la trabajador(a) mencionado(a) en el punto 1 será desplazado(a) por el periodo (maximo de 60 meses) vom / desde …… bis / hasta …… von dem unter Punkt 2 angeführten Dienstgeber in folgendes Unternehmen entsendet: por el empleador indicado en el punto 2 con destino a la siguiente empresa:	

3.2 Name oder Firmenname in Chile
Nombre o razón social en Chile

……

3.3 Adresse (3)
Dirección

……

3.4 Bei der/dem Betreffenden gelten während des oben angeführten Zeitraumes die ***österreichischen Rechtsvorschriften***.
El mencionado trabajador quedará sujeto a la ***legislación austriaca*** durante el periodo arriba indicado.

3.5 ***In Fällen einer Ausnahmevereinbarung nach Art. 9 des Abkommens auszufüllen:***
Rellenar en los casos de acuerdo de excepción según el art. 9 del Convenio :

3.5.1

Zuständige Behörde in Österreich: Autoridad competente en Austria:	Zuständige Behörde in der Republik Chile: Autoridad competente en la República de Chile:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Stubenring 1 1010 Wien ÖSTERREICH	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)

4. Wahl
Opcion

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***.
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 ***legislación austriaca***.

4.2 Name des Dienstgebers in Chile
Nombre del empleador en Chile

……

4.3 Adresse (3)
Dirección

……

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Organismo Competente del seguro de enfermedad en Austria

5.1 Name
Nombre

OÖ Gebietskrankenkasse……

5.2 Adresse (3)
Dirección

A-4021 Linz, Gruberstraße 77, Postfach 61……

5.3 Telefaxnummer
Telefax

05 78 07 10 90 10……

5.4 Stempel
Sello

OÖ Gebietskrankenkasse
A-4021 Linz, Gruberstraße 77, Postfach 61
DVR: 0023981

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.