

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND
DEN VEREINIGTEN STAATEN VOM AMERIKA IM BEREICH
DER SOZIALEN SICHERHEIT**

**AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF AUSTRIA AND
THE UNITED STATES OF AMERICA ON
SOCIAL SECURITY**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN
CERTIFICATE CONCERNING THE APPLICABLE LEGISLATION ⁽¹⁾**

**Abkommen: Aritikel 6, 7 und 8
Agreement: Article 6, 7 and 8**

**Durchführungsvereinbarung: Artikel 3
Administrative Arrangement: Article 3**

Österreichische Versicherungsnummer
Austrian Insurance Number

--

**1. Versicherte(r)
Insured person**

1.1	Familiename(n) Last name(s)	Vorname(n) Given name(s)

1.2	Geburtsdatum ⁽²⁾ Date of birth	Staatsangehörigkeit Citizenship

1.3	Ständige Adresse ⁽³⁾ Permanent address	
	

**2. Dienstgeber in Österreich
Employer in Austria**

2.1	Name des Dienstgebers Name of employer

2.2	Adresse ⁽³⁾ Address

2.3	Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit The insured person mentioned in block 1 will work in the USA for a period likely to extend
	vom bis ⁽²⁾ from to
	zu dem nachstehend genannten Dienstgeber in die USA entsendet. for the employer indicated below.
2.4	Name des Dienstgebers in den USA: Name of employer in USA:

2.5	Adresse ⁽³⁾ Address

3. Selbstständige Erwerbstätigkeit Self-employment

- 3.1 Die/der unter Punkt 1 genannte Versicherte wird voraussichtlich für die Zeit
The insured person mentioned in block 1 will be self-employed in the USA for a period likely to extend

vom bis (2)
from to

in den USA selbstständig erwerbstätig sein.

4. Bestimmungen über den Versicherungsschutz Provisions of coverage

- 4.1 Für die/den Versicherte(n) sind während des oben angeführten Zeitraumes die österreichischen Rechtsvorschriften anzuwenden.
The insured person mentioned above remains subject to the Austrian legislation for the above mentioned period.

5. Zuständiger Krankenversicherungsträger Competent sickness insurance institution

- 5.1 Name
Name

.....

- 5.2 Adresse (3)
Address

.....

- 5.3 Stempel
Stamp

Datum
Date

(2)

Unterschrift
Signature

.....

Hinweise Explanatory notes

- (1) Der zuständige Krankenversicherungsträger füllt das Formular aus und sendet ein Exemplar an Social Security Administration, P.O. Box 17741, Baltimore, MD 21235, USA; ein weiteres Formular ist für den Versicherten bestimmt.
The competent sickness insurance institution will complete this form and send a copy of it to the Social Security Administration, P.O. Box 17741, Baltimore, MD 21235, USA. A copy will also be available for the insured person.

- (2) Bitte füllen Sie diese Spalte entsprechend aus:
Please fill in this column respectively:

T	M	J
D	M	Y

- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Postal code, Town, Street, Number, Country.