Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

A/BIH 3

ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND BOSNIEN UND HERZEGOWINA ÜBER SOZIALE SICHERHEIT

UGOVOR IZMEĐU REPUBLIKE AUSTRIJE I BOSNE I HERCEGOVINE O SOCIJALNOM OSIGURANJU

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTES IN BOSNIEN UND HERZEGOWINA (1)
POTVRDA O PRAVU NA DAVANJA ZA VRIJEME PRIVREMENOG BORAVKA U BOSNI I HERCEGOVINI

Abkommen: Art. 11 Abs. 1 lit. b)
Ugovor: čl. 11. st. 1 b)

Durchführungsvereinbarung: Art. 6
Provedbeni sporazum: čl. 6

Versicherungsnummer in Bosnien und Herzegowina
Broj osiguranja u Bosni i Hercegovini

Personennummer in Bosnien und Herzegowina
Jedinstveni matični broj u Bosni i Hercegovini

Österreichische Versicherungsnummer
Austrijski broj osiguranja

1. ☐ **Versicherte(r)** / **Osiguranik(ca)** ☐ **Pensionist(in)** (2) / **Umirovljenik(ca)**

1.1	Familienname(n) Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na) .....
1.2	Geburtsdatum Datum rođenja	
1.3	Adresse in Österreich (3) Adresa u Austriji	

2. Familienangehörige (4)
Članovi obitelji

	Familienname(n) Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na)	Geburtsdatum Datum rođenja
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			
2.6	Ständige Adresse in Österreich (3) (5) Stalna adresa u Austriji ..		

3. Wichtige Hinweise für die Leistungsinanspruchnahme in Bosnien und Herzegowina
Važne upute za prijem davanja u Bosni i Hercegovini

3.1 Diese Bescheinigung ist grundsätzlich ***vor der Leistungsinanspruchnahme*** der für den Aufenthaltsort in Betracht kommenden Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung vorzulegen, die auch Auskünfte über ihre Vertragspartner erteilen wird.
Wenn der Gesundheitszustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Bosnien und Herzegowina ***unverzüglich*** die Gewährung von Leistungen erfordert, können diese zu Lasten des ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers nur bei einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung, die in einem Vertragsverhältnis zur bosnisch und herzegowinischen Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung stehen***, in Anspruch genommen werden.

Ova se potvrda po pravilu ***prije prijema davanja*** predočava dotičnoj organizacionoj jedinici zdravstvenog osiguranja, koja dolazi u obzir prema mjestu boravka a također daje informacije o njenim ugovornim partnerima.
Ako zdravstveno stanje naprijed imenovane osobe(a), za vrijeme privremenog boravka u Bosni i Hercegovini zahtjeva **neodložna** davanja, moguće ih je ostvariti na teret ***nadležnog austrijskog nosioca zdravstvenog osiguranja samo kod onog ljekara, bolnice ili druge ustanove, koji se nalaze u ugovornom odnosu sa bosansko hercegovačkom organizacionom jedinicom zdravstvendog osiguranja.***

A/BIH 3

4.

4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können Sachleistungen
Na osnovi ove potvrde mogu se pružati davanja u naravi

vom ..... bis einschließlich ..... gewährt werden.
od do zaključno

5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja

5.1 Name
Naziv

Kärntner Gebietskrankenkasse

5.2 Adresse (3)
Adresa

A-9020 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8

5.3 Stempel
Žig

Datum
Datum
.....

Unterschrift
Potpis
.....

Hinweise
Upute

(1) Die Bescheinigung ist vom ***zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger*** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den ***Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung*** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Potvrdu izdaje ***nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja*** i predaje istu ***dotičnoj osobi ili dostavlja područnom uredu koji dolazi u obzir prema mjestu boravka dotične osobe***, ukoliko je potvrda izdana na njezin zahtjev.

(2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Stavite križić u odgovarajući pravokutnik.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.

(4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Ispuniti samo ako članovi obitelji nemaju osobno pravo na davanja u naravi.

(5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Ispuniti samo ako se ova adresa razlikuje od adrese navedene u točki 1.

Wichtiger Hinweis für den Anspruchsberechtigten
Važna uputa za osobu koja ima pravo na davanje

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der ***für den Aufenthaltsort der betreffenden Person in Betracht kommenden Organisationseinheit der Gesundheitsversicherung*** zu melden!

O početku bolovanja potvrđenog od doktora treba, poradi ostvarivanja prava na davanja, u zakonskom roku od tjedan dana obavijestiti za dotičnu osobu mjesno nadležni područni ured!