

**IN FÄLLEN EINER WAHL (ARTIKEL 7 ABSATZ 3 DES ABKOMMENS) AUSZUFÜLLEN
TO BE FILLED IN IN CASES OF AN OPTION (ARTICLE 7 PAR. 3 OF THE CONVENTION)**

| | |
|---------------------------|--|
| 4. Wahl Option | |
| 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 7 Abs. 3 des Abkommens den österreichischen Rechtsvorschriften . The person mentioned in block 1 is employed with the employer indicated below since and remains subject to Austrian legislation due to the option according to Article 7 par. 3 of the Convention. |
| 4.2 | Name des Dienstgebers in den Philippinen Name of employer in the Philippines |
| 4.3 | Adresse ⁽²⁾ Address |

| | |
|--|---|
| 5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger ⁽¹⁾ Competent Austrian sickness insurance institution | |
| 5.1 | Name Name |
| 5.2 | Adresse ⁽²⁾ Address |
| 5.3 | Stempel Seal Datum Date Unterschrift Signature |

**Hinweise
Explanatory notes**

- (1) Das Formular ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der/dem Versicherten oder dem Dienstgeber auszuhändigen.
The form is to be filled in by the **competent Austrian sickness insurance institution** and to be handed over to the insured person or the employer.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Postcode, Town, Street, Number, Country.

**Wichtige Hinweise für die/den Versicherten
Important notes for the insured person**

Bei einem Arbeitsunfall sind unbedingt der zuständige österreichische Krankenversicherungsträger und der Dienstgeber zu verständigen.

In case of an industrial accident the competent Austrian sickness insurance institution and the employer have to be informed.