

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER  
BUNDESREPUBLIK JUGOSLAWIEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**SPORAZUM IZME\U REPUBLIKE AUSTRIJE I  
SAVEZNE REPUBLIKE JUGOSLAVIJE O SOCIJALNOM OSIGURAWU**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN  
WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTES IN JUGOSLAWIEN**

(1)

**POTVRDA O PRAVU NA ZDRAVSTVENE USLUGE ZA VREME  
PRIVREMENOG BORAVKA U JUGOSLAVIJI**

**Abkommen: Art. 11 Abs. 1 lit. b**

**Sporazum: ~1. 11. st. 1. ta~. b.**

Versicherungsnummer in Jugoslawien

Mati~ni (li~ni) broj osiguranika u Jugoslaviji

**Durchführungsvereinbarung: Art. 5**

**Sporazum o sprovo|ewu: ~1. 5.**

Österreichische Versicherungsnummer

Broj osiguranika u Austriji

<b>1. Versicherte(r)</b> Osiguranik		<b>Pensionist(in)</b> <sup>(2)</sup> Penzioner
1.1	Nachname(n) Prezime (prezimana) .....	Vorname(n) Ime (imena) .....
1.2	Geburtsdatum Datum ro ewa .....	
1.3	Adresse in Österreich <sup>(3)</sup> Adresa u Austriji .....	

<b>2. Familienangehörige</b> <sup>(4)</sup> ^lanovi porodice			
	Nachname(n) Prezime (prezimana)	Vorname(n) Ime (imena)	Geburtsdatum Datum ro ewa
2.1			.....
2.2			.....
2.3			.....
2.4			.....
2.5			.....
2.6	Ständige Adresse in Österreich <sup>(3) (5)</sup> Stalna adresa u Austriji .....		

<b>3.</b>	
3.1	<p>Wenn der Zustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Jugoslawien unverzüglich Leistungen erfordert, hat (haben) sie Anspruch auf Sachleistungen zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers.</p> <p>Ako zdravstveno stawe gore navedenog (nih) lica za vreme privremenog boravka u Jugoslaviji ..... neodlo`no ..... zahteva zdravstvene usluge, ono ima (imaju) pravo na zdravstvene usluge na teret nadle`nog austrijskog nosioca zdravstve-nog osigurawa.</p>

**4.**

- 4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können die Sachleistungen  
Na osnovu potvrde zdravstvene usluge mogu da se odobre  
vom ..... bis einschließlich ..... gewährt werden.  
od ..... zakqu~no do .....

**5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger**  
**Nadle`ni austrijski nosilac zdravstvenog osigurawa**

- 5.1 Name  
Naziv

**Vorarlberger Gebietskrankenkasse**

- 5.2 Adresse <sup>(3)</sup>  
Adresa

**A-6850 Dornbirn, Jahngasse 4**

- 5.3 Stempel  
Pe~at

Datum  
Datum

Unterschrift  
Potpis

.....

**Hinweise**  
**Napomene**

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den **Aufenthaltort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.  
Ovu potvrdu popuwava nadle`ni austrijski nosilac zdravstvenog osigurawa i predaje doti~nom licu ili {aqe nadle`noj filijali republi~ke organizacije za zdravstveno osigurawe nadle`noj za mesto boravka doti~nog lica, ako je potvrda izdata na wen zahtev.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.  
Obele`iti krstijem odgovaraju}e poqe.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Po{tanski broj, mesto, ulica, broj, dr`ava.
- (4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.  
Popuniti samo ako ~lanovi porodice nemaju sopstveno pravo na zdravstvene usluge.
- (5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.  
Popuniti samo ako se adresa razlikuje od adrese navedene u rubrici 1.

**WICHTIGE HINWEISE FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN**

**VA@NE NAPOMENE ZA KORISNIKA PRAVA**

**Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der für den Aufenthaltort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung vorzulegen.**

**Ova potvrda se podnosi filijali republi~ke organizacije za zdravstveno osigurawe nadle`noj za mesto boravka doti~nog lica.**

**WICHTIG**

**VA@NO**

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der für den Aufenthaltort der betreffenden Person in Betracht kommenden Außenstelle der Republikorganisation für Krankenversicherung zu melden!

Da bi se sa~ovalo pravo na usluge, po~etak bolesti koji je lekar potvrdio mora da se prijavi u zakonskom roku od nedequ dana filijali republi~ke organizacije za zdravstveno osigurawe nadle`noj za mesto boravka doti~nog lica.