



→ Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:

- die gesetzliche Krankenkasse, bei der Sie versichert sind. Dies gilt unabhängig davon, ob dort eine Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung oder Familienversicherung besteht.
- den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, DRV Knappschaft Bahn-See oder den zuständigen Regionalträger der DRV), sofern Sie nicht gesetzlich krankenversichert sind
- die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV), Postfach 080254, 10002 Berlin, wenn Sie nicht gesetzlich krankenversichert und Mitglied bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind.

**Nachweis über eine in Deutschland ausgeübte Erwerbstätigkeit
– Artikel 11 Absatz 3 a) VO (EG) Nr. 883/2004 –**

Antrag für die Ausstellung einer „Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften“ (Vordruck A1)

1. Angaben zur Person

Geschlecht männlich weiblich unbekannt

Name Vorname

Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort

Deutsche Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit:

Adresse im Wohnstaat (Lebensmittelpunkt):

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

Adresse in Deutschland (falls vorhanden):

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

Bitte zusätzlich ausfüllen, wenn der Fragebogen an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung/ABV gesandt wird:

Bezeichnung des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Bezeichnung der zuständigen Einzugsstelle gemäß § 28i SGB IV (Krankenkasse)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Bitte zusätzlich ausfüllen, wenn der Fragebogen an die ABV gesandt wird:

Bezeichnung des zuständigen Versorgungswerks

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Mitgliedsnummer

2. Angaben zur Ausübung der Beschäftigung in Deutschland

Ich übe in Deutschland eine Beschäftigung aus seit

Ich arbeite bei folgendem Unternehmen:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

3. Angaben zur Selbstständigkeit in Deutschland

Ich bin in Deutschland selbständig tätig seit

Der Name meiner Firma lautet:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

4. Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Mir ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Wohnstaat von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben in diesem Antrag zum Widerruf der A1-Bescheinigung und zur Anwendung der Rechtsvorschriften des Wohnstaates führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume. Ich verpflichte mich, die im Anschriftenfeld dieses Antrags genannte Stelle umgehend zu informieren, wenn

- das Beschäftigungsverhältnis oder die selbstständige Tätigkeit endet
oder
- andere Änderungen (Anschrift, etc.) eintreten.

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und Unterschrift

Hinweis über den Datenschutz:

Die Daten dieses Antrags sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenkasse, des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung beziehungsweise der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen erforderlich. Sie werden erfasst, elektronisch gespeichert und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.