

GKV-Spitzenverband
 Deutsche Verbindungsstelle
 Krankenversicherung – Ausland
 Postfach 20 04 64
 53134 Bonn

**Gewöhnliche Beschäftigung bei einem in Deutschland ansässigen Arbeitgeber
 in mehreren Mitgliedstaaten**

– Artikel 13 Absatz 1 VO (EG) 883/04 –

Fragebogen für die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften
 über soziale Sicherheit und Ausstellung der A1-Bescheinigung

1. Angaben zur Person

Geschlecht* männlich weiblich unbekannt

Name* Vorname*

Geburtsname Geburtsdatum* Geburtsort*

Deutsche Rentenver-
 sicherungsnummer Staatsangehörigkeit*

Der Wohnstaat (Lebensmittelpunkt) ist Deutschland:* Ja Nein

Straße und Hausnummer*

Postleitzahl* Ort*

Telefonnummer E-Mail

2. Angaben zur Sozialversicherung in Deutschland

Name/Bezeichnung der Gesetzlichen Krankenkasse bzw. Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag*

*Nur bei privatem Krankenversicherungsschutz und gleichzeitiger Mitgliedschaft bei einem berufsständischen Versorgungswerk
 bitte folgendes Feld ausfüllen:*

Name/Bezeichnung des Versorgungswerks

Mitgliedsnummer

* Pflichtfeld

3. Angaben zum Arbeitgeber

Name/Firmenbezeichnung*

Straße und Hausnummer*

Postleitzahl* Ort*

Ansprechpartner für Rückfragen

Telefonnummer E-Mail

Rechtsform des Unternehmens* Personen- oder Kapitalgesellschaft (z. B. OHG, KG, GmbH, AG)

öffentlicher Arbeitgeber (z. B. Bund, Land, Gemeinde oder Körperschaft, Anstalt bzw. Stiftung des öffentlichen Rechts)

Sonstiges (z. B. eingetragener Verein)

Betriebsnummer*

4. Angaben zur Beschäftigung

4.1 Allgemeine Angaben

Die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit bzw. die Ausstellung der A1-Bescheinigung wird für folgenden Zeitraum beantragt:

von* bis*

4.2 Angaben zur Ausübung der Beschäftigung in zwei oder mehr Mitgliedstaaten

In den **kommenden zwölf Kalendermonaten** wird die Beschäftigung voraussichtlich an **mindestens einem Tag im Monat** oder an **mindestens fünf Tagen im Quartal** in den folgenden Mitgliedstaaten ausgeübt:

Deutschland Ja Nein

und/oder in folgendem Mitgliedstaat/in folgenden Mitgliedstaaten:

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

* Pflichtfeld

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:
 Bezeichnung
 Straße und Hausnummer
 Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:
 Bezeichnung
 Straße und Hausnummer
 Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:
 Bezeichnung
 Straße und Hausnummer
 Postleitzahl und Ort

Mitgliedstaat* Keine feste Einsatzstelle Anschrift der Einsatzstelle:
 Bezeichnung
 Straße und Hausnummer
 Postleitzahl und Ort

5. Erklärung*

Wir erklären ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen bzw. nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch in den Mitgliedstaaten, in denen ein Teil der Beschäftigung ausgeübt wird, von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben in diesem Fragebogen zum Widerruf der A1-Bescheinigung und damit zur Anwendung der Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit eines anderen Mitgliedstaats führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume. Wir verpflichten uns, den GKV-Spitzenverband, DVKA umgehend zu informieren, insbesondere wenn

- die Beschäftigung nicht bzw. nicht mehr in mehreren Mitgliedstaaten ausgeübt wird,
 - das Beschäftigungsverhältnis endet,
 - sich Änderungen an den persönlichen Angaben (Anschrift, etc.) oder an den Angaben zum Arbeitgeber (Umfirmierung, etc.) ergeben
- oder
- sich Änderungen an der Erwerbssituation der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers (Aufnahme einer weiteren Beschäftigung, selbstständige Tätigkeit, etc.) ergeben.

.....
 Ort und Datum

.....
 Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

.....
 Ort und Datum

.....
 Unterschrift der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

* Pflichtfeld

Hinweis über den Datenschutz:

Die Daten dieses Antrags sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA erforderlich. Sie werden erfasst, elektronisch gespeichert und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.