

jeweilige gesetzliche Krankenkasse

→ Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:

- Bei einer gesetzlich krankenversicherten Person an deren gesetzliche Krankenkasse. Dies gilt unabhängig vom Versichertenstatus (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung oder Familienversicherung).
- Bei einer Person, die nicht gesetzlich krankenversichert ist, an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, DRV Knappschaft Bahn-See oder den zuständigen Regionalträger der DRV).
- Bei einer Person, die nicht gesetzlich krankenversichert und Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist, an die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV), Postfach 080254, 10002 Berlin.

Formularfelder löschen

**Beschäftigung einer Beamtin/eines Beamten oder einer gleichgestellten Person <sup>1)</sup>  
in einem oder mehreren anderen Mitgliedstaat/en <sup>2)</sup>**

– Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe b) VO (EG) Nr. 883/2004 –

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

**1. Angaben zur Person**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> divers	Ländercodes der Staaten
Name			Vorname		
Geburtsname			Geburtsdatum		
Geburtsort			Geburtsland		
Staatsangehörigkeit:					
Deutsche Rentenversicherungsnummer	Sie finden diese in Ihrem Sozialversicherungsausweis.				
Adresse im Wohnstaat:					
Straße und Hausnummer					
Postleitzahl und Ort					
Staat					
Adresse im Beschäftigungsstaat (falls vorhanden):					
Straße und Hausnummer					
Postleitzahl und Ort					
Staat					

Bitte alle relevanten Felder ausfüllen.

**Bitte zusätzlich ausfüllen, wenn der Fragebogen an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die ABV zu senden ist:**

Die oben genannte Person ist ☒ gesetzlich ☐ privat krankenversichert

**Bitte beachten:** Bei Personen, die eine private Krankenversicherung **zusätzlich neben** einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben, ist nur „gesetzlich krankenversichert“ anzugeben.

Bezeichnung des zuständigen	entfällt
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	

<sup>1)</sup> Hierzu gehören

- Beschäftigte des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der Gemeindeverbände,
  - Personen, die bei einer Anstalt, Körperschaft oder Stiftung des öffentlichen Rechts oder deren Verbänden beschäftigt sind, und
  - Bundestagsabgeordnete
- sofern für sie unmittelbar vor Beginn der Beschäftigung im anderen Mitgliedstaat die deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit gegolten haben.

<sup>2)</sup> Der Begriff „Mitgliedstaat“ bezieht sich auf die EU-Staaten sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz.

2. Angaben zum Dienstherrn/Arbeitgeber	
Bezeichnung	.....
Straße und Hausnummer	Adresse der Personal verwaltenden Stelle
Postleitzahl und Ort	..... Staat
Betriebsnummer	88013852 (Bitte ausschließlich diese angeben.)
Kontaktdaten für Rückfragen <sup>3)</sup>	Bitte Kontaktdaten der Schule eintragen.
Name	.....
Telefonnummer	.....
E-Mail	.....
Ländercodes der Staaten	
3. Angaben zum Beamten-/Beschäftigungsverhältnis	
Während des Auslandseinsatzes übt die in Feld 1 genannte Person eine Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber oder eine selbstständige Tätigkeit aus:	
	<input type="checkbox"/> ja <sup>4)</sup> <input checked="" type="checkbox"/> nein
a.) Angaben zum Beamtenverhältnis:	
Während des Auslandseinsatzes besteht das aktive Beamtenverhältnis	
	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Für die Dauer des	entfällt
genannte Person	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Falls ja: Die Beurteilung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
und wird als ruhender	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
b) Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
Während des Auslandseinsatzes besteht das Beschäftigungsverhältnis in Deutschland uneingeschränkt fort	
	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unmittelbar vor dem Auslandseinsatz unterlag die Person den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit	
	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Angaben zum Auslandseinsatz	
1. Einsatzort	von ..... bis .....
Bezeichnung	.....
Straße und Hausnummer	.....
Postleitzahl und Ort	..... Staat
2. Einsatzort	von ..... bis .....
Bezeichnung	.....
Straße und Hausnummer	.....
Postleitzahl und Ort	..... Staat
Ländercodes der Staaten	

Bitte alle relevanten Felder ausfüllen.

<sup>3)</sup> Freiwillige Angaben

<sup>4)</sup> Sofern neben dem Beamtenverhältnis/der Beschäftigung eine weitere Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ausgeübt wird, gelten auch insoweit grundsätzlich die deutschen Rechtsvorschriften (s. Art. 13 Abs. 4 EG-VO Nr. 883/2004). Bitte wenden Sie sich, sofern die Person ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland hat, in diesem Fall zwecks Ausstellung der A1-Bescheinigung an den GKV-Spitzenverband, DVKA.

<b>3. Einsatzort</b> <div style="float: right; text-align: right;">             von <input style="width: 150px;" type="text"/> bis <input style="width: 150px;" type="text"/> </div>	
Bezeichnung <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Straße und Hausnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Postleitzahl und Ort <input style="width: 300px;" type="text"/>	Staat <input style="width: 150px;" type="text"/>
In den folgenden Mitgliedstaaten ohne feste Einsatzstelle: <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;"> <b>Ländercodes der Staaten</b> </div>	
von <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Staaten <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<b>5. Erklärung des Dienstherrn/öffentlichen Arbeitgebers</b>	
<p>Wir erklären ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.</p> <p>Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Beschäftigungsstaat von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben zum Widerruf der A1-Bescheinigung und zur Anwendung der Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates führen können.</p> <p>Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.</p> <p>Wir verpflichten uns, die im Anschriftenfeld dieses Antrags genannte zuständige Stelle umgehend zu informieren, wenn Änderungen zu den im Fragebogen gemachten Angaben eintreten.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">Ort und Datum</div> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;"> <div style="border-top: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-top: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-top: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center;">Stempel und Unterschrift</div> </div> </div>	

**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.