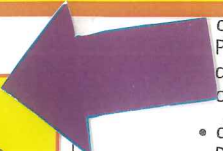


Diese Balken an den Formularfeldern sind Ausfüllhinweise und finden sich nicht auf den auszufüllenden Formularen wieder.

Bei gesetzlich Krankenversicherten ist hier bitte die Anschrift Ihrer Krankenkasse einzutragen



Senden Sie diesen Fragebogen an:

die gesetzliche Krankenkasse, bei der die entsandte Person versichert ist. 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 die entsandte Person nicht gesetzlich krankenversichert ist.
- die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV), Postfach 080254, 10002 Berlin, wenn die Person nicht gesetzlich krankenversichert und Mitglied bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist.

Entsendung einer abhängig beschäftigten Person in einen anderen Mitgliedstaat¹⁾ – Artikel 12 Absatz 1 VO (EG) Nr. 883/2004 –

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

1. Angaben zur Person

Bitte diesen Teil vollständig ausfüllen.

Geschlecht männlich weiblich unbekannt

Name Vorname

Geburtsname Geburtsdatum 00.00.0000 Geburtsort

Deutsche Rentenversicherungsnummer

Staatsangehörigkeit:

Adresse im Wohnstaat:

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

Adresse im Mitgliedsstaat, in den die Entsendung erfolgt (Beschäftigungsstaat):

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

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort Staat

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

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

¹⁾ Der Begriff „Mitgliedstaat“ bezieht sich auf die EU-Staaten, Island, Liechtenstein, Norwegen sowie die Schweiz.