

Bitte geben Sie einer der nachfolgenden Adressen an:

1. die gesetzliche Krankenkasse, bei der die entsandte Person / Reisender versichert ist. Dies gilt unabhängig davon, ob dort eine Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung oder Familienversicherung besteht.
2. sofern die entsandte Person / Reisender nicht gesetzlich krankenversichert ist, den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, DRV Knappschaft Bahn-See oder den zuständigen Regionalträger der DRV).
3. die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV), Postfach 080254, 10002 Berlin, auch wenn Sie nicht gesetzlich krankenversichert und aufgrund ihrer Mitgliedschaft bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind.

Datum _____

Antrag für die Ausstellung einer „Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften“ – Vordruck A1 Bescheinigung.

Vorübergehende Erwerbstätigkeit eines Selbstständigen in einem anderen Mitgliedstaat (d.h. EU-Staaten, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz) nach Artikel 12, Absatz 1 VO (EG) NR. 883/2004.

1. Angaben zum Reisenden

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: weiblich männlich Geburtsort: _____
Nationalität: _____
Deutsche Rentenversicherungsnummer: _____

Private Anschrift:

Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Land: _____

Anschrift in der Destination (Beschäftigungsstaat):

Name: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Land: _____

Für den Selbständigen galten vor seiner Entsendung / Reise mindestens,
einen Monat die deutsche Rentenvorschriften über soziale Sicherheit:

Ja
Nein

Informationen für den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung / ABV:

Name des Unternehmens der
privaten Krankenversicherung (PKV): _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Land: _____

Informationen an die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V (ABV):

Bezeichnung des zuständigen Versorgungswerks: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Mitgliedsnummer: _____

2. Angaben zur selbstständigen Tätigkeit in Deutschland

Bezeichnung: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Land: _____ Telefon Nr.: _____
E-Mail: _____ Fax Nr.: _____

Art der Tätigkeit/ Branche: _____
Betriebsnummer: _____

Ich übe in Deutschland die selbstständige Tätigkeit aus seit: _____

Umfang der selbstständigen Tätigkeit in Stunden pro Woche: _____

Während der vorübergehenden Tätigkeit im anderen Staat zahle ich
Sozialversicherungsbeiträge bzw. Beiträge zum berufsständischen
Versorgungswerk in Deutschland:

Ja Nein

Während der vorübergehenden Tätigkeit im anderen Staat zahle ich
Steuern in Deutschland:

Ja Nein

Während der vorübergehenden Tätigkeit im anderen Staat bin ich bei
der Handelskammer bzw. dem Berufsverband in Deutschland eingetragen:

Ja Nein

Die selbstständige Tätigkeit in Deutschland werde ich nach Beendigung
der vorübergehenden Tätigkeit im anderen Staat fortführen:

Ja Nein

Die Infrastruktur zur Fortführung der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland
wird für die Dauer der vorübergehenden Erwerbstätigkeit im anderen Staat
aufrechterhalten:

Ja Nein

3. Angaben zur vorübergehenden Erwerbstätigkeit im Ausland

Mitgliedstaat, in den die Entsendung erfolgt: _____

Art der Tätigkeit/ Branche im anderen Staat: _____

Die Dauer der Aufgabe ist vertraglich oder aufgrund der Eigenart der Aufgabe
im Voraus befristet:

Ja Nein

Voraussichtliche Dauer der vorübergehenden Tätigkeit
im anderen Staat:

von _____ bis _____

Arbeitsstelle(n) im anderen Staat:

Bezeichnung: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Land: _____ Telefon Nr.: _____

E-Mail: _____ Fax Nr.: _____

Bezeichnung: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Land: _____ Telefon Nr.: _____

E-Mail: _____ Fax Nr.: _____

4. Erklärung des Selbstständigen

Ich erkläre ausdrücklich,
dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Mir ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch in dem Staat, in dem ich die Arbeit vorübergehend ausübe von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und – auch irrtümlich – falsche Angaben in diesem Antrag zum Widerruf des Vordrucks A1 und damit zur Anwendung der Rechtsvorschriften des anderen Staats führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Ich verpflichte mich, die im Anschriftenfeld dieses Antrages genannte Stelle umgehend zu informieren, wenn

- die vorübergehende Ausübung einer Tätigkeit in einem anderen EU-/EWR-Staat oder in der Schweiz nicht erfolgt
oder
- die Tätigkeit im anderen Staat länger als zwei Monate unterbrochen wird oder vorzeitig endet.

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel

Hinweis über den Datenschutz

Die Daten dieses Antrages 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.