

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

→ 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 <span>Ländercodes der Staaten</span>
Name	Vorname Titel
Geburtsname	Geburtsdatum
Geburtsort	Geburtsland Staatsangehörigkeit:
Deutsche Rentenversicherungsnummer	Nur anzugeben, falls vorhanden. 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 zusätzlich ausfüllen, wenn der Fragebogen an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die ABV zu senden ist:	
Die oben genannte Person ist <input type="checkbox"/> gesetzlich <input checked="" type="checkbox"/> 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	

Bitte alle relevanten Felder ausfüllen.

1) 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.

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

## 2. Angaben zum Dienstherrn/Arbeitgeber

Bezeichnung Freistaat Bayern, vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus

Straße und Hausnummer Salvatorstraße 2

Postleitzahl und Ort 80333 München Staat

Betriebsnummer 88013852

Kontaktdaten für Rückfragen <sup>3)</sup> Bitte Kontaktdaten der Schule eintragen. Ländercodes der Staaten

Name  Telefonnummer  E-Mail

Bitte ausschließlich diese Angaben eintragen.

## 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: ☐ ja <sup>4)</sup> ☒ nein

a.) Angaben zum Beamtenverhältnis:

Während des Auslandseinsatzes besteht das aktive Beamtenverhältnis uneingeschränkt fort ☒ ja ☐ nein

Für die Dauer des Auslandseinsatzes wurde die in Feld 1 genannte Person von ihrem Dienstherrn beurlaubt ☐ ja ☒ nein

Falls ja: Die Beurlaubung erfolgte im dienstlichen Interesse und wird als ruhegehaltfähige Dienstzeit anerkannt ☐ ja ☐ nein

b) Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Während des Auslandseinsatzes besteht ein Beschäftigungsverhältnis ☐ ja ☐ nein

Unmittelbar nach dem Auslandseinsatz wird das Beschäftigungsverhältnis fortgesetzt ☐ ja ☐ 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

Bitte alle relevanten Felder ausfüllen.

Ländercodes der Staaten

<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 5px; font-size: 0.8em;">Ländercodes der Staaten</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: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Ort und Datum</div> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="border-top: 1px dotted black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">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.