



GME3

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

**Gewöhnliche Beschäftigung und selbstständige Tätigkeit in verschiedenen Mitgliedstaaten**

– Artikel 13 Absatz 3 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*		Titel
Geburtsname		Geburtsdatum*		
Geburtsort*		Geburtsland*		Staatsangehörigkeit*
Deutsche Rentenversicherungsnummer				
Der Wohnstaat (Lebensmittelpunkt) ist Deutschland.*				ja                      nein
Straße/Hausnummer*				
Postleitzahl* Ort* Staat*				
Telefonnummer			Fax	
E-Mail				

**2. Angaben zur Sozialversicherung\***

Krankenversicherung bei einer **deutschen gesetzlichen Krankenkasse**

Krankenversicherung bei einem **deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen**

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

Name/Bezeichnung des Versorgungswerks

Mitgliedsnummer

Sozialversicherung bei einem **ausländischen** Träger bzw. Unternehmen

### 3. Angaben zur Beschäftigung

#### 3.1 Angaben zum Arbeitgeber

Name/Firmenbezeichnung\*

Straße/Hausnummer\*

Adresszusatz

Postleitzahl\* Ort\* Staat\*

Betriebsnummer in Deutschland (falls vorhanden)

Identifikationsnummer für die Sozialversicherung im Ansässigkeitsstaat

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)

Wirtschaftssektor\*

Land- und Forstwirtschaft, Fischerei

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Verarbeitendes Gewerbe

Energieversorgung

Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Beseitigung von Umweltverschmutzungen

Baugewerbe

Groß- und Einzelhandel

Verkehr (außer Güterbeförderung im Straßenverkehr) und Lagerei

Verkehr (Güterbeförderung im Straßenverkehr)

Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie

Information und Kommunikation

Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen

Grundstücks- und Wohnungswesen

Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen oder technischen Dienstleistungen

Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (außer Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften)

Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften

Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

Erziehung und Unterricht

Gesundheits- und Sozialwesen

Kunst, Unterhaltung und Erholung

Erbringung von sonstigen Dienstleistungen

Private Haushalte

Ansprechpartner für Rückfragen

Name

Vorname

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Aktenzeichen

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses

Ende des Beschäftigungsverhältnisses (falls befristet)

### 3.2 Angaben zur Ausübung der Beschäftigung

Deutschland\*

Ja

Nein

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

Der Anteil der Arbeitszeit/des Arbeitsentgelts wird **in Deutschland** in den **kommenden zwölf Kalendermonaten** voraussichtlich

weniger als 25 % betragen.

mehr als 25% oder genau 25 % betragen.

Der/die Beschäftigte wählt/hat gewählt zur Prüfung und Sicherstellung des Sozialversicherungsschutzes folgende **deutsche gesetzliche Krankenkasse**:

Name/Bezeichnung

Verzichtet der/die Beschäftigte auf das Wahlrecht oder besteht privater Krankenversicherungsschutz, wählt der Arbeitgeber folgende Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (**deutsche gesetzliche Krankenkasse**):

Name/Bezeichnung

und/oder in folgendem Mitgliedstaat bzw. folgenden Mitgliedstaaten:

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

## 4. Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

### 4.1 Angaben zum Unternehmen/zur Tätigkeit

Name/Firmenbezeichnung\*

Straße/Hausnummer\*

Adresszusatz

Postleitzahl\* Ort\* Staat\*

Betriebsnummer in Deutschland (falls vorhanden)

Identifikationsnummer für die Sozialversicherung im Ansässigkeitsstaat

Steuernummer

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)

Wirtschaftssektor\*

Land- und Forstwirtschaft, Fischerei

Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Verarbeitendes Gewerbe

Energieversorgung

Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Beseitigung von Umweltverschmutzungen

Baugewerbe

Groß- und Einzelhandel

Verkehr (außer Güterbeförderung im Straßenverkehr) und Lagerei

Verkehr (Güterbeförderung im Straßenverkehr)

Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie

Information und Kommunikation

Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen

Grundstücks- und Wohnungswesen

Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen oder technischen Dienstleistungen

Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (außer Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften)

Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften

Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung

Erziehung und Unterricht

Gesundheits- und Sozialwesen

Kunst, Unterhaltung und Erholung

Erbringung von sonstigen Dienstleistungen

Private Haushalte

Ansprechpartner für Rückfragen

Name

Vorname

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Aktenzeichen

Beginn der Tätigkeit

Ende der Tätigkeit (falls befristet)

#### 4.2 Angaben zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit

Deutschland\*

Ja

Nein

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

und/oder in folgendem Mitgliedstaat bzw. folgenden Mitgliedstaaten:

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

Mitgliedstaat\*

Keine feste Einsatzstelle

Anschrift der Einsatzstelle:

Bezeichnung

Straße/Hausnummer

Postleitzahl Ort

#### 5. Allgemeine Angaben

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

von\*

bis\*

Für folgenden Zeitraum wurde bereits eine E 101- bzw. A1-Bescheinigung ausgestellt (Kopie anbei)

von\*

bis\*

## 6. Erklärungen\*

### 6.1 Erklärung der/des Erwerbstätigen

Ich erkläre ausdrücklich, dass alle mich betreffenden Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen bzw. nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass in allen Mitgliedstaaten, in denen ein Teil der Tätigkeit 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. Ich verpflichte mich, den GKV-Spitzenverband, DVKA umgehend zu informieren, insbesondere wenn

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

Ort und Datum

Unterschrift der/s Erwerbstätigen

### 6.2 Erklärung des Arbeitgebers

Wir erklären ausdrücklich, dass alle uns betreffenden Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen bzw. nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Uns ist bekannt, dass in allen 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,
- oder
- sich Änderungen an den persönlichen Angaben (Anschrift, etc.) oder an den Angaben zum Arbeitgeber (Umfirmierung, etc.) ergeben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

#### 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. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter [https://www.dvka.de/de/global/datenschutz\\_gme.html](https://www.dvka.de/de/global/datenschutz_gme.html)