

– Eingangsstempel –

Beschäftigung(en) und selbständige Tätigkeit(en) in verschiedenen EU-/EWR-Mitgliedstaaten einschließlich der Schweiz

Antrag zur Ausstellung einer Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften

1. Angaben zur betreffenden Person

Vorname		Familien-/Nachname		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum		Geburtsort		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> offen
Staatsangehörigkeit					
Straße und Hausnummer		Ländercode	Postleitzahl	Wohnort (Lebensmittelpunkt)	
Telefonnummer			E-Mail-Adresse		

2. Angaben zu den Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgebern

A)

Name oder Firma		Beitragskontonummer	
Rechtsform		Firmenbuchnummer	
Straße und Hausnummer		Ländercode	Postleitzahl
Ort			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:			
<input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei	<input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor:		
<input type="checkbox"/> Bau	<input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel		
<input type="checkbox"/> Industrie	<input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten		
<input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor	<input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing		
	<input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung		
	<input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales		
Die Person ist bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber beschäftigt seit:		Beginn	Voraussichtliches Ende
Art der Tätigkeit, die die Person bei dieser Arbeitgeberin bzw. bei diesem Arbeitgeber ausübt:			
Die Person ist Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn die Person Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung ist, geben Sie bitte die Heimatbasis an, von wo aus die Person eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet (vgl. Anhang III VO (EWG) Nr. 3922/91):			
Staat, in dem sich die Heimatbasis befindet			

B)Name oder Firma BeitragskontonummerRechtsform FirmenbuchnummerStraße und Hausnummer Ländercode Postleitzahl OrtTelefonnummer E-Mail-Adresse

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei | <input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor: |
| <input type="checkbox"/> Bau | <input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor | <input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing |
| | <input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales |

Die Person ist bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber beschäftigt seit:

Voraussichtliches Ende
Beginn

Art der Tätigkeit, die die Person bei dieser Arbeitgeberin bzw. bei diesem Arbeitgeber ausübt:

Die Person ist Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung: Ja Nein

Wenn die Person Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung ist, geben Sie bitte die Heimatbasis an, von wo aus die Person eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet (vgl. Anhang III VO (EWG) Nr. 3922/91):

Staat, in dem sich die Heimatbasis befindet

C)Name oder Firma BeitragskontonummerRechtsform FirmenbuchnummerStraße und Hausnummer Ländercode Postleitzahl OrtTelefonnummer E-Mail-Adresse

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei | <input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor: |
| <input type="checkbox"/> Bau | <input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor | <input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing |
| | <input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales |

Die Person ist bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber beschäftigt seit:

Voraussichtliches Ende
Beginn

Art der Tätigkeit, die die Person bei dieser Arbeitgeberin bzw. bei diesem Arbeitgeber ausübt:

Die Person ist Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung: Ja Nein

Wenn die Person Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung ist, geben Sie bitte die Heimatbasis an, von wo aus die Person eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet (vgl. Anhang III VO (EWG) Nr. 3922/91):

Staat, in dem sich die Heimatbasis befindet

D)Name oder Firma BeitragskontonummerRechtsform FirmenbuchnummerStraße und Hausnummer Ländercode Postleitzahl OrtTelefonnummer E-Mail-Adresse

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei | <input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor: |
| <input type="checkbox"/> Bau | <input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor | <input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing |
| | <input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales |

Die Person ist bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber beschäftigt seit:

Beginn Voraussichtliches Ende

Art der Tätigkeit, die die Person bei dieser Arbeitgeberin bzw. bei diesem Arbeitgeber ausübt:

Die Person ist Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung:

-
- Ja
-
-
- Nein

Wenn die Person Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung ist, geben Sie bitte die Heimatbasis an, von wo aus die Person eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet (vgl. Anhang III VO (EWG) Nr. 3922/91):

Staat, in dem sich die Heimatbasis befindet

E)Name oder Firma BeitragskontonummerRechtsform FirmenbuchnummerStraße und Hausnummer Ländercode Postleitzahl OrtTelefonnummer E-Mail-Adresse

Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei | <input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor: |
| <input type="checkbox"/> Bau | <input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor | <input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing |
| | <input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales |

Die Person ist bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber beschäftigt seit:

Beginn Voraussichtliches Ende

Art der Tätigkeit, die die Person bei dieser Arbeitgeberin bzw. bei diesem Arbeitgeber ausübt:

Die Person ist Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung:

-
- Ja
-
-
- Nein

Wenn die Person Mitglied einer Flug- oder Kabinenbesatzung ist, geben Sie bitte die Heimatbasis an, von wo aus die Person eine Dienstzeit oder eine Abfolge von Dienstzeiten beginnt und beendet (vgl. Anhang III VO (EWG) Nr. 3922/91):

Staat, in dem sich die Heimatbasis befindet

Hinweis: Sollte die in Abschnitt 1 genannte Person für mehr als fünf Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber beschäftigt sein, verwenden Sie bitte für die restlichen Beschäftigungsverhältnisse ein weiteres Antragsformular.

3. Beschäftigungsorte

3.1. Beschäftigung in Österreich

Die in Abschnitt 1 genannte Person ist für mindestens eine in Abschnitt 2 genannte Arbeitgeberin bzw. einen in Abschnitt 2 genannten Arbeitgeber auch in Österreich tätig.	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
Gemessen an der Arbeitszeit und/oder am Arbeitsentgelt, ist die Person mit mindestens 25 % ihrer Beschäftigungen in Österreich tätig.	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein

3.2. Beschäftigungsstaaten

Die in Abschnitt 1 genannte Person wird für die in Abschnitt 2 genannten Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber in folgenden Staaten tätig sein. Wird die Person im jeweiligen Staat an einer festen Adresse tätig, geben Sie diese bitte bekannt. Übt die Person die Tätigkeit im jeweiligen Staat an keiner festen Adresse aus (z.B. ständig wechselnde Arbeitsorte bei Vertreterinnen oder Vertretern, Lkw-Fahrerinnen bzw. Lkw-Fahrer etc.) kreuzen Sie bitte jeweils das Feld „Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat“ an.

Beschäftigungsstaat	Beschäftigungsstelle	PLZ	Ort	Straße
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				
<input type="checkbox"/> Keine feste Adresse in diesem Beschäftigungsstaat.				

Hinweis: Sollte die Person an mehr als fünfzehn Beschäftigungsorten beschäftigt sein, verwenden Sie bitte für die restlichen Beschäftigungsorte ein weiteres Antragsformular.

4. Angaben zur selbständigen Tätigkeit

Name oder Firma		Rechtsform	
Straße und Hausnummer	Ländercode	Postleitzahl	Ort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		
Datum der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit	Art der selbständigen Tätigkeit (Branche, Gewerbe etc.)		
Geben Sie hier die Staaten bekannt, in denen die in Abschnitt 1 genannte Person die in Abschnitt 4 genannte Tätigkeit ausübt sowie die Dauer dieser selbständigen Tätigkeit im jeweiligen Staat:			
1.	Staat, in dem die selbständige Tätigkeit ausgeübt wird	Beginn	Voraussichtliches Ende
2.	Staat, in dem die selbständige Tätigkeit ausgeübt wird	Beginn	Voraussichtliches Ende
3.	Staat, in dem die selbständige Tätigkeit ausgeübt wird	Beginn	Voraussichtliches Ende

Hinweis: Sollte die in Abschnitt 1 genannte Person mehr als eine selbständige Tätigkeit ausüben oder in mehr als drei Staaten selbständig tätig sein, geben Sie bitte diese weiteren Sachverhalte in einem weiteren Antragsformular bekannt.

5. Erklärung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller erklärt ausdrücklich, alle Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller ist bekannt, dass die zuständigen Behörden in Österreich und im anderen beteiligten Staat bzw. in den anderen beteiligten Staaten die Angaben kontrollieren. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass die gemachten Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, kann die ausgestellte Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften auch rückwirkend widerrufen werden. Die anzuwendenden Rechtsvorschriften sind dann anhand der tatsächlichen Verhältnisse neuerlich festzustellen. Die Antragstellerin bzw. der Antragsteller verpflichtet sich, den zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger umgehend über Änderungen in Bezug auf die Beschäftigung sowie die selbständige Tätigkeit der betreffenden Person (z.B. Verlegung des Lebensmittelpunktes, Änderung des Arbeitsumfanges, Aufnahme einer zusätzlichen Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit) zu informieren.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel
der Antragstellerin bzw. des Antragstellers