

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Rentenversicherungsnummer:
vollständige postalische Anschrift:
.....

ERKLÄRUNG des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin

zum Antrag auf Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit – Vereinbarung nach Artikel 9 des deutsch-brasilianischen Abkommens über Soziale Sicherheit

Ich werde in der Zeit vom..... bis..... in Brasilien arbeiten. Mir ist bekannt, dass während dieser Zeit grundsätzlich die brasilianischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit gelten. Ich bin allerdings daran interessiert, dass für mich weiterhin allein die entsprechenden deutschen Rechtsvorschriften gelten, weil

.....
.....
.....

Unmittelbar vor meiner vorübergehenden Beschäftigung in Brasilien war/bin ich in Deutschland bei folgendem Träger gesetzlich rentenversichert: seit dem:

Ich beantrage gemeinsam mit meinem in Deutschland ansässigen Arbeitgeber, dass meine Beschäftigung hinsichtlich aller vom sachlichen Geltungsbereich des Abkommens erfassten Versicherungszweige (Renten- Unfall- und Arbeitslosenversicherung) so behandelt wird, als ob ich sie ausschließlich in Deutschland ausüben würde. Die für den Abschluss einer Ausnahmereinbarung auf deutscher Seite zuständige Stelle, den GKV-Spitzenverband, DVKA, Postfach 20 04 64, 53134 Bonn, beauftrage ich hiermit, sich mit der auf brasilianischer Seite hierfür zuständigen Stelle in Verbindung zu setzen.

Mir ist bekannt, dass bei Zustandekommen der Ausnahmereinbarung der jeweils zuständige deutsche Träger über die Versicherungspflicht und über Leistungsanträge entscheidet.

Ich habe bereits vom..... bis in Brasilien gearbeitet.

Sofern die Ausnahmereinbarung zustande kommt, werde ich den GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn, umgehend informieren, wenn

- der Auslandseinsatz vorzeitig endet,
- der Auslandseinsatz verlängert wird oder
- für mich zukunftsorientiert die brasilianischen Rechtsvorschriften gelten sollen.

Ich bevollmächtige meinen in Deutschland ansässigen Arbeitgeber, Mitteilungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, Bonn, zu diesem Antrag für mich entgegenzunehmen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

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 datenschutz-rechtlichen Bestimmungen verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter https://www.dvka.de/de/global/datenschutz_av.html