

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

E R K L Ä R U N G des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin
zum Antrag auf Abschluss einer Ausnahmereinbarung gemäß Artikel 11 des
deutsch-mazedonischen Regierungsabkommens über Soziale Sicherheit

Ich werde in der Zeit vom bis in Nordmazedonien arbeiten. Mir ist bekannt, dass während dieser Zeit grundsätzlich die nordmazedonischen 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 Nordmazedonien war/bin ich in Deutschland in folgenden Bereichen gesetzlich versichert:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | |

Ich beantrage gemeinsam mit meinem in Deutschland ansässigen Arbeitgeber, dass meine Beschäftigung hinsichtlich aller vom sachlichen Geltungsbereich erfassten Versicherungszweige (Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung) 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 nordmazedonischer 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 Nordmazedonien gearbeitet.

Sofern diese Vereinbarung zustande kommt, werde ich die DVKA umgehend informieren, wenn

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

Ich bevollmächtige meinen in Deutschland ansässigen Arbeitgeber, Mitteilungen des GKV-Spitzenverbandes DVKA 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