

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Rentenversicherungsnummer: .....  
Vollständige postalische Adresse: .....  
.....  
.....

**E R K L Ä R U N G des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin  
zum Antrag auf Abschluss einer Ausnahmereinbarung gemäß Artikel 10  
der deutsch-quebecischen Vereinbarung über Soziale Sicherheit**

Ich werde in der Zeit vom ..... bis ..... in Quebec arbeiten. Mir ist bekannt, dass während dieser Zeit grundsätzlich die quebecischen 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 Quebec war/bin ich in Deutschland bei folgendem Träger gesetzlich rentenversichert:

.....

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 quebecischer 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 Quebec 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 quebecischen 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 datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter [https://www.dvka.de/de/global/datenschutz\\_av.html](https://www.dvka.de/de/global/datenschutz_av.html)