



Attestation A1

Les employeurs et les travailleurs indépendants demandent l'émission d'une attestation A1 auprès de leur caisse de compensation AVS, en fournissant les informations requises pour que cette dernière statue sur leur requête. Pour les détachements, un formulaire de demande est à disposition sur le site internet de l'OFAS (www.bsv.admin.ch <Pratique <Exécution <International <Formulaires).

Annexe : attestation A1 (spécimen)

Bescheinigung A1

Arbeitgeber und selbständig erwerbstätige Personen beantragen die Bescheinigung A1 bei ihrer zuständigen AHV-Ausgleichskasse. Damit ein Antrag überprüft werden kann, müssen die benötigten Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Für Anträge auf Entsendungen steht ein spezielles Formular auf der BSV-Internetseite zur Verfügung (www.bsv.admin.ch <Praxis <Vollzug <International <Formulare).

Beilage: A1-Bescheinigung (Muster)

A1



Bescheinigung über die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit, die auf den/die Inhaber/in anzuwenden sind

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Dieses Dokument dient als Bescheinigung über die Sozialversicherungsvorschriften, die für Sie gelten, und als Bestätigung, dass Sie in einem anderen Staat keine Beiträge zu zahlen haben.

Bevor Sie den Staat, in dem Sie versichert sind, verlassen, um in einem anderen Staat eine Arbeit aufzunehmen, sollten Sie sicherstellen, dass Sie über die Dokumente verfügen, die Sie berechtigen, die notwendigen Sachleistungen (medizinische Versorgung, stationäre Behandlung usw.) im Staat Ihrer Erwerbstätigkeit zu erhalten.

- Wenn Sie sich im Staat Ihrer Erwerbstätigkeit vorübergehend aufhalten, beantragen Sie bei Ihrem Krankenversicherungsträger eine Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK/EHIC). Sie müssen diese Karte bei Ihrem Gesundheitsdienstleister vorlegen, wenn Sie während Ihres Aufenthalts Sachleistungen in Anspruch nehmen müssen.
- Wenn Sie sich im Staat Ihrer Erwerbstätigkeit niederlassen, beantragen Sie bei Ihrem Krankenversicherungsträger das Formular S1 und übermitteln dieses schnellstmöglich dem zuständigen Krankenversicherungsträger des Ortes, an dem Sie Ihre Erwerbstätigkeit ausüben (**).

Der Versicherungsträger im Aufenthaltsstaat wird bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit vorläufig besondere Leistungen erbringen.

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
1.2 Nachname		
1.3 Vorname(n)		
1.4 Geburtsname (***)		
1.5 Geburtsdatum	1.6 Staatsangehörigkeit	
1.7 Geburtsort		
1.8 Anschrift im Wohnstaat		
1.8.1 Straße, Nr.	1.8.3 Postleitzahl	
1.8.2 Ort	1.8.4 Ländercode	
1.9 Anschrift im Aufenthaltsstaat		
1.9.1 Straße, Nr.	1.9.3 Postleitzahl	
1.9.2 Ort	1.9.4 Ländercode	

2. MITGLIEDSTAAT, DESSEN RECHTSVORSCHRIFTEN ANZUWENDEN SIND

2.1 Mitgliedstaat	2.3 Enddatum
2.2 Anfangsdatum	
<input type="checkbox"/> 2.4 Die Bescheinigung gilt für die Dauer der Tätigkeit <input type="checkbox"/> 2.5 Die Feststellung ist vorläufig <input type="checkbox"/> 2.6 Übergangsbestimmungen finden Anwendung gemäß Verordnung (EG) Nr. 883/2004	

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 11 bis 16, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 19.

(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.

(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

A1



Bescheinigung über die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit, die auf den/die Inhaber/in anzuwenden sind

3. STATUSBESTÄTIGUNG

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Entsandte/r Arbeitnehmer/in | <input type="checkbox"/> 3.2 Arbeitnehmer/in arbeitet in zwei oder mehr Staaten |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Entsandte selbständig erwerbstätige Person | <input type="checkbox"/> 3.4 Selbstständige/r, die/der in zwei oder mehr Staaten erwerbstätig ist |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Beamter/Beamtin | <input type="checkbox"/> 3.6 Vertragsbedienstete |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Zum Kreis der Seeleute gehörig | <input type="checkbox"/> 3.8 In verschiedenen Staaten als beschäftigte und selbstständig erwerbstätige Person tätig |
| <input type="checkbox"/> 3.9 In einem Staat als Beamter/Beamtin und in einem anderen Staat oder mehreren anderen Staaten als beschäftigte/selbstständig erwerbstätige Person tätig | <input type="checkbox"/> 3.10 Mitglied von Flug- oder Kabinenbesatzung |
| | <input type="checkbox"/> 3.11 Ausnahme |

4. ANGABEN ZUM ARBEITGEBER/ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 4.1.1 Arbeitnehmer/-in | <input type="checkbox"/> 4.1.2 Selbstständig erwerbstätig |
| 4.2 Kenn-Nummer des Arbeitgebers/der selbstständigen Erwerbstätigkeit | |
| 4.3 Name oder Firmenbezeichnung | |
| 4.4 Ständige Anschrift | |
| 4.4.1 Straße, Nr. | 4.4.2 Ländercode |
| 4.4.3 Ort | 4.4.4 Postleitzahl |

5. ANGABEN ZUM ARBEITGEBER/ZUR SELBSTSTÄNDIGEN ERWERBSTÄTIGKEIT AN DEM ORT, AN DEM EINE

- 5.1 Name(n) oder Firmenname(n) und Kennnummer(n) des Betriebs/der Betriebe bzw. des Schiffs/der Schiffe oder der Heimatbasis/der Heimatbasen, wo Sie beschäftigt sein werden
- 5.2 Anschrift(en) oder Name(n) des Schiffs/der Schiffe oder der Heimatbasis/der Heimatbasen, wo Sie im/in den „Aufnahme“-Staat/en (selbstständig) erwerbstätig sein werden
- 5.3 Oder: Keine feste Anschrift im/in den Staat/en der (selbstständigen) Erwerbstätigkeit

A1



**Bescheinigung über
die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit,
die auf den/die Inhaber/in anzuwenden sind**

6. AUSSTELLENDER TRÄGER

6.1 Name

6.2 Straße, Nr.

6.3 Ort

6.4 Postleitzahl

6.5 Ländercode

6.6 Kenn-Nummer des Trägers

6.7 Faxnummer

6.8 Telefonnummer

6.9 E-Mail

6.10 Datum

6.11 Unterschrift

STEMPEL

MUSTER