

**Antrag auf Feststellung der anzuwendenden Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit bei Tätigkeit in einem Staat, mit dem Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat**

**– Bestätigung der elektronischen Antragstellung für eine Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften –**

***Request for assessment of applicable legislation on social security when working in a country with which Germany has concluded a social security agreement***

**– Acknowledgement of electronic request for a certificate of coverage –**

Name und Vorname der beschäftigten / selbstständigen Person / <i>Name and given name of employee / self-employed person:</i>	
Geburtsdatum / <i>Date of birth:</i>	
Name des Unternehmens / <i>Company name:</i>  Straße und Haus-Nr. / <i>Street and number:</i>  Adresszusatz / <i>Additional information:</i>  PLZ und Ort / <i>Postal code and town:</i>  Land / <i>Country:</i>	
Erwerbstätigkeit wird ausgeübt in (Staat) / <i>Activity is pursued in (country):</i>	
Zeitraum / <i>Period:</i>	
Antragsdatum / <i>Date of request:</i>	
Zuständige Stelle / <i>Competent authority:</i>	

Diese Bescheinigung kann ausländischen Stellen vorgelegt werden für den Fall, dass die Bescheinigung nicht rechtzeitig vor Aufnahme der grenzüberschreitenden Erwerbstätigkeit ausgestellt wird.

*This document can be presented to foreign authorities, if the certificate of coverage is not issued in due time before taking up of a cross-border activity.*

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

*This document has been generated automatically and is valid without a signature.*

**Hinweis für den Arbeitgeber:** Bitte stellen Sie diese Bestätigung der betreffenden Person zur Verfügung, damit sie bei Bedarf vorgezeigt werden kann.

**Note for the employer:** Please make this form available to the person concerned, so that it can be presented if necessary.

- unbesetzt -