

Zurück an die:

Novitas BKK
47050 Duisburg

Antrag auf Feststellung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV)¹

1. Angaben zur Arbeitnehmerin/ zum Arbeitnehmer	
1.1 Name.....	1.2 Vorname.....
1.3 Geburtsdatum.....	1.4 deutsche Rentenversicherungsnr.....
1.5 Adresse im Wohnstaat: Straße und Hausnummer.....	
1.6 Postleitzahl und Ort.....	

2. Angaben zur Beschäftigung in Deutschland		
2.1 Name des Unternehmens		
2.2 Straße und Hausnummer		
2.3 Postleitzahl und Ort		
2.4 Telefonnummer	2.5 Rechtsform des Unternehmens	
2.6 E-Mail	2.7 Betriebsnummer	
2.8 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist bei uns beschäftigt seit		
2.9 Der arbeitsrechtliche Entgeltanspruch der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers richtet sich auch während der Entsendung ausschließlich gegen unser Unternehmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.10 Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt ausschließlich unserem Unternehmen in Deutschland zugute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.11 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist (weiterhin) organisatorisch in unser Unternehmen eingegliedert und unterliegt unserem Direktionsrecht (ggf. in gelockerter Form)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.12 Es handelt sich um ein Unternehmen, das gewerbsmäßig Arbeitnehmer überlässt und die dafür erforderliche Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz besitzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹ Für einen Einsatz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem EWR-Staat, der Schweiz oder in einem anderen Staat, mit dem Deutschland ein Abkommen über Soziale Sicherheit geschlossen hat, verwenden Sie bitte den vom GKV-Spitzenverband, DVKA für die jeweiligen Staaten herausgegebenen Fragebogen (Näheres hierzu unter: www.dvka.de).

3. Angaben zur Entsendung		
3.1 Beschäftigungsstelle im Beschäftigungsstaat (sofern die Beschäftigung an verschiedenen Orten ausgeübt werden soll, bitte die Angaben zu den weiteren Beschäftigungsstellen in einer Anlage angeben)		
- Staat/Staaten		
- Bezeichnung und Anschrift		
3.2 Voraussichtliche Dauer der Entsendung vom bis		
3.3 Die Entsendung ist im Voraus befristet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: <input type="checkbox"/> Aufgrund eines Vertrages (z. B. Entsendevertrag)		
<input type="checkbox"/> Aufgrund der Eigenart der Tätigkeit (bitte kurze Beschreibung):		
3.4 Wird die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer zum Zwecke der Entsendung eingestellt, bitte zusätzlich die folgenden Punkte beantworten:		
3.4.1 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer war vor dem aktuellen Entsendezeitraum bereits im Beschäftigungsstaat eingesetzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: von bis		
3.4.2 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer wird im Anschluss an die Entsendung bei uns in Deutschland weiterbeschäftigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten bei konzerninterner Entsendung		
3.5 Handelt es sich um eine konzerninterne Entsendung, bitte die folgenden Punkte beantworten:		
3.5.1 Das Arbeitsentgelt wird vom deutschen Unternehmen wirtschaftlich getragen und bei der Gewinnermittlung als Betriebsausgabe steuerrechtlich geltend gemacht ²	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.5.2 Die Lohn- und Gehaltskosten sind (teilweise) an das Unternehmen im Beschäftigungsstaat weiterzubelasten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Erklärung des Unternehmens	
Wir erklären als Arbeitgeberin/Arbeitgeber der/des entsandten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Beschäftigungsstaat von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und - auch irrtümlich - falsche Angaben in diesem Fragebogen zum Verlust des inländischen Versicherungsschutzes der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers führen können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume. Wir verpflichten uns, die im Anschriftenfeld dieses Antrags genannte Stelle umgehend zu informieren, sobald eine wesentliche Änderung (z. B. Abbruch, Verlängerung) eintritt. Die Verpflichtung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers gemäß § 17 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfalle ist uns bekannt.	
Stempel des Arbeitgebers bzw. des Bevollmächtigten	Name der/des Ansprechpartnerin/Ansprechpartners:
..... Ort und Datum Unterschrift

Die Erhebung dieser Angaben ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des zuständigen Versicherungsträgers erforderlich. Die Daten werden erfasst und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

² Für die Beurteilung einer Entsendung nach § 4 SGB IV ist eine Weiterbelastung der Gehaltskosten bei einer konzerninternen Versetzung von **weniger als zwei Monaten** jedoch unschädlich.