

BAHN-BKK
 KompetenzCenter Geschäftskunden
 Postfach 15 60 32
 03060 Cottbus

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 Rentenvers.-nummer:
1.5 Adresse im Wohnstaat: Straße und Hausnummer	
1.6 Postleitzahl und Ort	

2. Kontaktdaten des Arbeitsgebers 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 unserem 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).

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.