

Kundennummer:

(Falls bekannt, bitte eintragen! Ansonsten vollständige Adresse des Unternehmens angeben.)

Ausstrahlung

Zur Klärung der Frage, ob für die Tätigkeiten im Ausland Versicherungsschutz nach § 4 Sozialgesetzbuch IV vorliegt, bitten wir um Beantwortung der nachstehenden Fragen. Sollten mehrere Auslandseinsätze vorliegen, füllen Sie bitte für jeden dieser Einsätze den Fragebogen aus.

Name der entsandten Person:

1.	In welches Land erfolgt die Entsendung?	
2.	War die genannte Person bereits vor dem Auslandseinsatz in Deutschland für Ihr Unternehmen tätig?	<input type="checkbox"/> Ja, seit dem: _____ Tag / Monat / Jahr <input type="checkbox"/> Nein
3.	Wurde die genannte Person eigens für die Auslandstätigkeit eingestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.	Wo hatte die genannte Person unmittelbar vor der Auslandstätigkeit ihren Hauptwohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt?	
5.	Wann und von welchem Ort ist die genannte Person in den Zielstaat der Entsendung gereist?	
6.	Welcher vertragliche Entsendezeitraum war vor der Entsendung festgesetzt worden? (Bitte geben Sie die genauen Daten an)	_____ bis _____ Tag / Monat / Jahr Tag / Monat / Jahr
7.	Wird das Arbeitsentgelt der im Ausland eingesetzten Person in der Lohnbuchhaltung Ihres Unternehmens in Deutschland ausgewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.	Welche Tätigkeiten führt die entsandte Person im Ausland durch?	

9. Soll die genannte Person nach Beendigung des Auslandseinsatzes ihr Beschäftigungsverhältnis bei Ihnen in Deutschland dauerhaft fortführen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Welche Tätigkeiten soll die entsandte Person nach Rückkehr in Deutschland für Ihr Unternehmen durchführen?	
11. Gibt es vertragliche Regelungen über den Auslandseinsatz?	<input type="checkbox"/> Ja (Fügen Sie bitte entsprechende Vertragskopien bei) <input type="checkbox"/> Nein
12. Hat die zuständige Krankenkasse bereits über eine A1-Bescheinigung oder über die Ausstrahlung nach § 4 SGB IV entschieden?	<input type="checkbox"/> Ja (Fügen Sie bitte die Kopie der Entscheidung bei) <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Rücksendeadresse:

Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Unternehmerbetreuung
Postfach 76 02 24
22052 Hamburg