

Kundennummer:

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

Ausstrahlung

Zur Klärung der Frage, ob für die Tätigkeiten im Ausland Versicherungsschutz nach § 4 Sozialgesetzbuch IV vorliegt, bitten wir um Beantwortung der nachstehenden Fragen:

Name des entsandten Arbeitnehmers:

1. Seit wann ist die genannte Person für Sie in Deutschland tätig?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>T</td> <td>M</td> <td>M</td> <td>J</td> <td>J</td> <td>J</td> <td>J</td> </tr> </table>									T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J										
2. In welchem Staat befindet sich der Hauptwohnsitz der genannten Person?																	
3. War die genannte Person bereits vor dem Auslandseinsatz in Deutschland für Ihr Unternehmen tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
4. Wurde die genannte Person eigens für die Auslandstätigkeit eingestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
5. In welches Land erfolgt die Entsendung?																	
6. Hat die genannte Person unmittelbar vor der Auslandstätigkeit in Deutschland gelebt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
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. Führen Sie Beiträge zur deutschen gesetzlichen Sozialversicherung für die im Ausland eingesetzte Person ab?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Krankenversicherung:</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Pflegeversicherung:</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Rentenversicherung:</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Arbeitslosenversicherung:</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td>Unfallversicherung:</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Rentenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Arbeitslosenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unfallversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein															
Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein															
Rentenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein															
Arbeitslosenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein															
Unfallversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein															
9. Welcher vertragliche Entsendezeitraum war vor der Entsendung festgesetzt worden?																	
10. Wann und von welchem Ort ist die genannte Person ausgereist?																	

Bitte wenden!

11. Wann ist die genannte Person zurückgereist?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
T	T	M	M	J	J	J	J										
12. Stand bereits vor der Ausreise fest, wann die genannte Person ins Inland zurückkehren soll?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
13. Soll die genannte Person nach Beendigung des Auslandseinsatzes weiter in Deutschland für Ihr Unternehmen tätig werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
14. Gibt es vertragliche Regelungen über den Auslandseinsatz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Fügen Sie bitte entsprechende Vertragskopien bei.																
15. Wird die oben genannte Person noch in einem anderen Unternehmen tätig? Wenn ja, bitte entsprechend ankreuzen und fehlende Angaben ergänzen.	<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/in in _____ <small>(bitte Staat ergänzen)</small> mit _____ % <small>(Anteil an der Gesamttätigkeit)</small> <input type="checkbox"/> als Einzelunternehmer/in, bitte geben Sie Namen und Anschrift der Firma an: <input type="checkbox"/> als Gesellschafter/in, bitte geben Sie Namen und Anschrift der Gesellschaft an:																

Sollten wir nach Auswertung Ihrer Antworten zu dem Ergebnis kommen, dass kein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz nach deutschen Rechtsvorschriften im Rahmen der Ausstrahlung besteht, können wir Ihnen bei Bedarf gerne ein Angebot zu einer freiwilligen Auslandsunfallversicherung übersenden.

Ich bitte um Informationsmaterial zur Auslandsversicherung.

Bitte sehen Sie von der Übersendung von Informationsmaterial zur Auslandsversicherung ab.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Rücksendeadresse:

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