



► **Senden Sie diesen Vordruck einfach an folgende Stelle:**

Salus BKK, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig
 oder **per Fax an: 0341 45337-587** oder **E-Mail an: beitrags@salus-bkk.de**

Antrag auf Feststellung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung nach § 4 SGB IV

Angaben zum/r Arbeitnehmer/in

Name

Vorname

Straße, Hausnummer *(Anschrift in Deutschland)*

Postleitzahl Ort

Rentenversicherungsnummer Beschäftigt in Deutschland bei *(bitte Firmennamen angeben)*

Beschäftigt seit Beschäftigt als

► **Der/Die oben genannte Arbeitnehmer/in wird wie folgt entsandt:**

Beginn Ende der Entsendung

Name der Firma

Straße und Hausnummer *(Anschrift der Firma im Ausland)*

Postleitzahl, Ort und Land *(Anschrift der Firma im Ausland)*

► **Der Auslandseinsatz ist im Voraus zeitlich befristet:** aufgrund eines Vertrages (z. B. Entsendevertrag) aufgrund der Eigenart der Tätigkeit

Für folgende Tätigkeit

► **Der/Die Arbeitnehmer/in wurde zum Zwecke der Entsendung eingestellt:** ja nein

► **wenn ja:** War der/die Arbeitnehmer/in unmittelbar vorher in dem Staat, in den er/sie entsandt wird, beschäftigt?

von bis

► **wenn nein:** Für ihn/sie galten unmittelbar vorher die deutschen Rechtsvorschriften in mindestens einem Zweig der Sozialversicherung? ja nein

► **Der/Die Arbeitnehmer/in wird im Anschluss an die Entsendung bei uns in Deutschland weiterbeschäftigt:** ja nein

► **Der Anspruch auf Arbeitsentgelt richtet sich während des Auslandseinsatzes gegen den Arbeitgeber in Deutschland:** ja nein

► **Die Lohn- und Gehaltskosten sind (teilweise) an das Unternehmen im Beschäftigungsstaat weiterzubelasten:** ja nein

► **Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt ausschließlich dem entsendenden Unternehmen in Deutschland zugute:** ja nein

► **Der/Die Arbeitnehmer/in ist (weiterhin) organisatorisch in das entsendende Unternehmen eingegliedert und unterliegt (ggf. in gelockerter Form) dessen Direktionsrecht:** ja nein

► **Es handelt sich um eine Arbeitnehmerüberlassung nach dem AÜG:** ja nein

Bitte wenden bzw. 2. Seite beachten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des/der Beschäftigten	Rentenversicherungsnummer

Angaben des Arbeitgebers

<input type="text"/>	
Betriebsnummer	
<input type="text"/>	
Name des Arbeitgebers	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ansprechpartner und Funktion im Betrieb	
<input type="text"/>	
Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückragen)	Faxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	
<input type="text"/>	

Erklärung des Arbeitgebers

► Wir erklären hiermit, dass

- sämtliche Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen,
- wir darüber informiert sind, dass falsche Angaben zum (ggf. rückwirkenden) Verlust des inländischen Versicherungsschutzes des Arbeitnehmers führen können,
- der Arbeitgeber Kenntnis über seine Verpflichtung gemäß § 17 SGB V zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfalle hat und
- die Salus BKK im Falle der Nichtdurchführung, des Abbruchs, der Verlängerung oder einer sonstigen Veränderung umgehend informiert wird.

Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

<input type="text"/>
Firmenstempel

Ort, Datum  Unterschrift Ansprechpartner/in bzw. Bevollmächtigte(n)

► Senden Sie diesen Vordruck einfach an folgende Stelle:

Salus BKK, Barfußgäßchen 15, 04109 Leipzig
oder per Fax an: **0341 45337-587** oder E-Mail an: **beitrag@salus-bkk.de**