

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

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

**Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.**

**Wichtig:** Für einen Einsatz in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einem EWR-Staat oder in der Schweiz beantragen Sie bitte die A1-Bescheinigungen immer **elektronisch**.

### Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungs-Nummer

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

weiblich  männlich  divers  unbekannt

### Adresse im Wohnstaat

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Staat

### Angaben zum entsendenden Arbeitgeber in Deutschland

\_\_\_\_\_  
Name des Unternehmens

\_\_\_\_\_  
Name der Kontaktperson

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Betriebsnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon Fax

\_\_\_\_\_  
Mail

Unser Unternehmen überlässt gewerbsmäßig Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer und hat die dafür erforderliche Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz.

502347221404



## Angaben zur Beschäftigung in Deutschland

---

Die Beschäftigung in Deutschland besteht seit dem     
Tag Monat Jahr

Der Arbeitsvertrag ruht für die Dauer der Entsendung.  ja  nein

Die entsandte Person gehört weiterhin organisatorisch zu unserem Unternehmen und unterliegt unserem Direktionsrecht (ggf. in gelockerter Form).  ja  nein

Der Anspruch auf Arbeitsentgelt richtet sich während der Entsendung ausschließlich gegen unser Unternehmen.  ja  nein

## Besonderheiten bei Entsendungen ohne vorhergehende Beschäftigung in Deutschland

---

Die entsandte Person wurde für die Entsendung eingestellt.  ja  nein

Wenn ja:

Sie hat vor dem aktuellen Zeitraum der Entsendung bereits in Deutschland gearbeitet oder es gelten die deutschen Rechtsvorschriften zur sozialen Sicherheit.

vom    bis zum     
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Sie wohnte vor dem aktuellen Zeitraum der Entsendung in Deutschland oder hatte ihren gewöhnlichen Aufenthalt dort.

Sie wird direkt nach der Entsendung weiter in unserem Unternehmen in Deutschland arbeiten.

## Angaben zur Entsendung

---

voraussichtlicher Zeitraum der Entsendung

vom    bis zum     
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Die Entsendung ist im Voraus zeitlich befristet.  ja  nein

Wenn ja:

aufgrund eines Vertrags (Entsendevertrag)

aufgrund der Eigenart der Tätigkeit

Beschreibung

502347221404



## Beschäftigungs-Stellen während der Entsendung

Bitte geben Sie weitere Beschäftigungs-Stellen auf einem extra Blatt an.

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

z. B. Baustelle

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Staat

## Besonderheiten bei verbundenen Unternehmen

Es handelt sich um eine Entsendung zu einem verbundenen Unternehmen.

ja  nein

z. B. konzerninterne Entsendung

Wenn ja:

Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt ausschließlich unserem Unternehmen in Deutschland zugute.

ja  nein

Das Unternehmen im Beschäftigungsstaat wird mit den Lohn- und Gehaltskosten ganz oder überwiegend weiterbelastet.

ja  nein

Für die Beurteilung einer Entsendung nach § 4 Abs. 1 SGB IV ist eine Weiterbelastung der Gehaltskosten bei einer konzerninternen Versetzung von weniger als 2 Monaten unschädlich.

Die entsandte Person hat einen weiteren lokalen Arbeitsvertrag mit dem aufnehmenden Unternehmen im Beschäftigungsstaat geschlossen.

ja  nein

Wenn ja:

Aufgrund des weiteren Arbeitsvertrags besteht ein Entgeltanspruch gegen das aufnehmende Unternehmen.

ja  nein

Der weitere Arbeitsvertrag hat vordergründig den Zweck, ein Arbeitsvisum zu bekommen.

ja  nein

502347221404



## **Erklärung des Arbeitgebers**

---

Wir erklären, dass sämtliche Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch im Beschäftigungsstaat Kontrollen durchgeführt werden. Wir sind darüber informiert, dass falsche Angaben (auch rückwirkend) zum Verlust des inländischen Versicherungs-Schutzes der entsandten Person führen können.

Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfall nach § 17 SGB V ist uns bekannt. Bei einer Änderung (z. B. Abbruch, Verlängerung) werden wir die Krankenkasse so schnell wie möglich informieren.

---

Datum, Unterschrift, Stempel

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.

502347221404

