

Bitte senden Sie den Fragebogen an:

die gesetzliche Krankenkasse, an die die
Beiträge zur gesetzlichen Rentenversiche-
rung abgeführt werden,

andernfalls an:

GKV-Spitzenverband, DVKA
Postfach 20 04 64
53134 Bonn

Entsendung nach Montenegro

Fragebogen für die Ausstellung der Bescheinigung über die Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften bei Beschäftigung in Montenegro (Vordruck MNE/DE 101) und soweit Beiträge zu einem Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung entrichtet werden zur Prüfung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) durch die Einzugsstelle

1. Angaben zur Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Deutsche Rentenversicherungsnummer:

Adresse im Wohnstaat:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

2. Angaben zum Arbeitgeber in Deutschland

Firmenbezeichnung:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Rechtsform des Unternehmens: Betriebsnummer:

Es handelt sich um ein Unternehmen, das gewerbsmäßig Personal überlässt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, die Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) liegt vor ☐ ja ☐ nein

Bitte führen Sie den weiteren Schriftwechsel zu diesem Antrag mit:

☐ uns unter dem Aktenzeichen

☐ folgender anderen Stelle (Vollmacht liegt bei):

Fragen zu diesem Fragebogen beantwortet

Name: Telefonnummer: E-Mail:

3. Angaben zur Beschäftigung in Deutschland

Die in Feld 1 genannte Person

- ist bei uns beschäftigt seit:
- ist versicherungspflichtig zur gesetzlichen Rentenversicherung ☐ ja ☐ nein
- ist während der Entsendung (weiterhin) organisatorisch in unser Unternehmen eingegliedert und unterliegt unserem Direktionsrecht ☐ ja ☐ nein
- hat während der Entsendung (weiterhin) ausschließlich einen Entgeltanspruch gegenüber unserem Unternehmen ☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Angaben, sofern die in Feld 1 genannte Person zum Zwecke der Entsendung eingestellt wurde:

Die in Feld 1 genannte Person war unmittelbar vor der Entsendung in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder für sie haben die deutschen Rechtsvorschriften in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- oder Arbeitslosenversicherung auf Grund eines anderen Sachverhalts (z. B. Studium) gegolten ☐ ja ☐ nein

Die Beschäftigung soll im Anschluss an die Entsendung in unserem Unternehmen in Deutschland fortgesetzt werden ☐ ja ☐ nein

4. Angaben zur Entsendung

Die Entsendung ist im Voraus zeitlich befristet vom bis

- ☐ auf Grund eines Vertrages (z. B. Entsendevertrag)
- ☐ auf Grund der nachfolgend kurz erläuterten Eigenart der Tätigkeit (z. B. Projektarbeit, Montagetätigkeit, ...)

.....

Arbeitsstätte im Ausland (Bezeichnung und Anschrift):

.....
.....
.....

Die in Feld 1 genannte Person hat in den letzten 5 Jahren im Ausland gearbeitet ☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

vom:	bis:	Arbeitgeber	Beschäftigungsland und -ort

Die Entsendung erfolgt zu einem verbundenen Unternehmen (z. B. Tochtergesellschaft) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt (auch) dem verbundenen Unternehmen zu Gute, so dass das Entgelt ganz oder teilweise an das verbundene Unternehmen weiter zu belasten ist und insoweit von diesem als Betriebsausgabe steuermindernd geltend gemacht werden kann ☐ ja ☐ nein

5. Erklärung des entsendenden Arbeitgebers

Wir erklären, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch in Montenegro von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und - auch irrtümlich - falsche Angaben in diesem Antrag zum Widerruf der Bescheinigung MNE/DE 101 und versicherungsrechtliche Konsequenzen in Deutschland und Montenegro zur Folge haben können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Wir verpflichten uns, die Krankenkasse bzw. den GKV-Spitzenverband, DVKA, falls dieser die Bescheinigung ausgestellt hat, umgehend zu informieren, wenn eine wesentliche Änderung (z. B. Beendigung oder Verlängerung der Entsendung) eintritt.

Uns ist bekannt, dass wir auch während der Entsendung die Melde- und Beitragspflichten zur Sozialversicherung zu erfüllen haben und - soweit die entsandte Person bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist - zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfalle gemäß § 17 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet sind.

Stempel des Arbeitgebers bzw. des Bevollmächtigten

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

Anlage

☐

Vollmacht

Rechtlicher Hinweis:

Das deutsch-jugoslawische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 12.10.1968 regelt, dass unter bestimmten Voraussetzungen bei einer Entsendung nach Montenegro ausschließlich die deutschen Rechtsvorschriften über die gesetzliche **Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung** gelten.

Hinsichtlich der **Pflegeversicherung** existiert kein einheitliches Koordinierungsrecht. Für diesen Versicherungszweig ist unter Berücksichtigung der innerstaatlichen Regelung (§ 4 SGB IV) von der zuständigen Einzugsstelle (= gesetzliche Krankenkasse) zu prüfen, ob eine Entsendung im Sinne der Ausstrahlung vorliegt und - unabhängig von einer Versicherungspflicht in Montenegro - Versicherungspflicht in Deutschland besteht. Hinsichtlich dieses Versicherungszweiges kann es daher zu abweichenden Ergebnissen kommen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.dvka.de im Merkblatt „Arbeiten in Montenegro“.

Hinweis über den Datenschutz:

Die Daten dieses Fragebogens sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des zuständigen Sozialversicherungsträgers erforderlich. Sie werden erfasst und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.