



**Bitte senden Sie den Fragebogen an:**

die gesetzliche Krankenkasse, an die die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt werden,

andernfalls an:

Deutsche Rentenversicherung Bund  
10704 Berlin

**Entsendung nach Chile**

Fragebogen für die Ausstellung der Bescheinigung über die Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften bei Beschäftigung in Chile (Vordruck RCH/D 101) und Prüfung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV)

<b>1. Angaben zur Person</b>
Name: ..... Vorname: .....
Geburtsdatum: ..... Deutsche Rentenversicherungsnummer: .....
Adresse im Wohnstaat:
Straße und Hausnummer: .....
Postleitzahl und Ort: .....
<b>2. Angaben zum Arbeitgeber in Deutschland</b>
Firmenbezeichnung: .....
Straße und Hausnummer: .....
Postleitzahl und Ort: .....
Rechtsform des Unternehmens: ..... Betriebsnummer: .....
Es handelt sich um ein Unternehmen, das gewerbsmäßig Personal überlässt <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
Wenn ja, die Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) liegt vor <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
Bitte führen Sie den weiteren Schriftwechsel zu diesem Antrag mit:
<input type="checkbox"/> uns unter dem Aktenzeichen .....
<input type="checkbox"/> 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 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 Chile von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und - auch irrtümlich - falsche Angaben in diesem Antrag zum Widerruf der Bescheinigung RCH/D 101 und versicherungsrechtliche Konsequenzen in Deutschland und Chile zur Folge haben können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Wir verpflichten uns, die Krankenkasse bzw. die Deutsche Rentenversicherung Bund 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-chilenische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 05.03.1993 regelt, dass unter bestimmten Voraussetzungen bei einer Entsendung nach Chile ausschließlich die deutschen Rechtsvorschriften über die gesetzliche **Renten- und zudem der deutschen Arbeitslosenversicherung** gelten.

Hinsichtlich der **Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung** existiert kein einheitliches Koordinierungsrecht. Für diese Versicherungsbranche ist unter Berücksichtigung der innerstaatlichen Regelung (§ 4 SGB IV) zu prüfen, ob eine Entsendung im Sinne der Ausstrahlung vorliegt und - unabhängig von einer Versicherungspflicht in Chile - Versicherungspflicht in Deutschland besteht. Hinsichtlich dieser Versicherungsbranche kann es daher zu abweichenden Ergebnissen kommen

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) im Merkblatt „Arbeiten in Chile“.

#### 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.