

II

(Nicht veröffentlichungsbedürftige Rechtsakte)

KOMMISSION

VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER**Beschluss Nr. 202****vom 17. März 2005**

über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 und E 127)

(Text von Bedeutung für den EWR und das Abkommen EU/Schweiz)

(2006/203/EG)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER —

aufgrund des Artikels 81 Buchstabe a der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern ⁽¹⁾, wonach sie alle Verwaltungsfragen behandelt, die sich aus der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und aus späteren Verordnungen ergeben,

aufgrund des Artikels 2 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern ⁽²⁾, wonach sie die Muster für Unterlagen festlegt, die für die Anwendung der Verordnungen erforderlich sind,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 153 vom 7. Oktober 1993 über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 001, E 103 bis E 127) ⁽³⁾,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 164 vom 27. November 1996 über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 101 und E 102) ⁽⁴⁾,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 166 vom 2. Oktober 1997 zur Änderung der Vordrucke E 106 und E 109 ⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2. Verordnung zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 647/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates (AbL. L 117 vom 4.5.2005, S. 1).

⁽²⁾ ABl. L 74 vom 27.3.1972, S. 1. Verordnung zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 647/2005.

⁽³⁾ ABl. L 244 vom 19.9.1994, S. 22.

⁽⁴⁾ ABl. L 216 vom 8.8.1997, S. 85.

⁽⁵⁾ ABl. L 195 vom 11.7.1998, S. 25.

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 168 vom 11. Juni 1998 über die Änderung der Vordrucke E 121 und E 127 und die Aufhebung des Vordrucks E 122 ⁽¹⁾,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 179 vom 18. April 2000 über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 111, E 111 B, E 113 bis E 118 und E 125 bis E 127) ⁽²⁾,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 185 vom 27. Juni 2002 zur Änderung des Beschlusses Nr. 153 vom 7. Oktober 1993 (Vordruck E 108) ⁽³⁾,

aufgrund ihres Beschlusses Nr. 186 vom 27. Juni 2002 über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 101) ⁽⁴⁾,

in Erwägung nachstehender Gründe:

- (1) Wegen der Erweiterung der Europäischen Union am 1. Mai 2004 müssen die Vordrucke E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 und E 127 geändert werden.
- (2) Durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) vom 2. Mai 1992, ergänzt durch das Protokoll vom 17. März 1993, Anhang VI, gelten die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 im Europäischen Wirtschaftsraum.
- (3) Die Europäische Gemeinschaft und ihre Mitgliedstaaten einerseits und die Schweizerische Eidgenossenschaft andererseits haben ein Abkommen über die Freizügigkeit (Abkommen mit der Schweiz) geschlossen, das am 1. Juni 2002 in Kraft getreten ist. Anhang II dieses Abkommens bezieht sich auf die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72.
- (4) Aus praktischen Gründen sind in der Europäischen Union sowie gemäß dem EWR-Abkommen und dem Abkommen mit der Schweiz identische Vordrucke zu verwenden —

BESCHLIESST:

1. Das Vordruckmuster E 101 aus dem Beschluss Nr. 186 wird durch das beigefügte Vordruckmuster ersetzt.
2. Das Vordruckmuster E 102 aus dem Beschluss Nr. 164 wird durch das beigefügte Vordruckmuster ersetzt.
3. Das Vordruckmuster E 105 aus dem Beschluss Nr. 153 wird abgeschafft.

Die Vordruckmuster E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 und E 124 aus dem Beschluss Nr. 153 werden durch die beigefügten Vordruckmuster ersetzt.

4. Die Vordruckmuster E 106 und E 109 aus dem Beschluss Nr. 166 werden durch die beigefügten Vordruckmuster ersetzt.
5. Das Vordruckmuster E 108 aus dem Beschluss Nr. 185 wird durch das beigefügte Vordruckmuster ersetzt.
6. Die Vordruckmuster E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 und E 127 aus dem Beschluss Nr. 179 werden durch die beigefügten Vordruckmuster ersetzt.

⁽¹⁾ ABl. L 195 vom 11.7.1998, S. 37.

⁽²⁾ ABl. L 54 vom 25.2.2002, S. 1.

⁽³⁾ ABl. L 55 vom 1.3.2003, S. 74.

⁽⁴⁾ ABl. L 55 vom 1.3.2003, S. 80.

7. Das Vordruckmuster E 121 aus dem Beschluss Nr. 168 wird durch das beigefügte Vordruckmuster ersetzt.
8. Die Kennbuchstaben des Staates, von dessen Träger der Vordruck ausgefüllt wird, lauten wie folgt:
„BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.“
9. Die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten stellen den Betroffenen die Vordrucke entsprechend den beigefügten Mustern zur Verfügung. Die Vordrucke stehen in völlig deckungsgleicher Aufmachung in allen Amtssprachen der Gemeinschaft zur Verfügung, so dass alle Empfänger sie jeweils in der eigenen Sprache erhalten können.
10. Dieser Beschluss, der die Beschlüsse Nr. 153, 164, 166, 168, 179, 185 und 186 ersetzt, wird im *Amtsblatt der Europäischen Union* veröffentlicht. Er tritt am ersten Tag des Monats nach seiner Veröffentlichung in Kraft.

Der Vorsitzende der Verwaltungskommission
Claude EWEN



- Ersuchen um Auskunft
- Mitteilung von Auskünften
- Anforderung von Vordrucken
- Erinnerung

in Bezug auf

- einen Arbeitnehmer
- einen Selbständigen
- einen Grenzgänger
- einen Rentner
- einen Rentenantragsteller
- einen Arbeitslosen
- einen anspruchsberechtigten Angehörigen

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 84

Der absendende Träger füllt Teil A dieses Vordrucks in zweifacher Ausfertigung aus und übersendet ihn dem Träger, an den der Vordruck gerichtet wird, der Teil B ausfüllt und eine Ausfertigung an den absendenden Träger zurücksendet.

Der Vordruck dient entweder als Ergänzung anderer Vordrucke oder für den Austausch aller Informationen, die in den übrigen Vordrucken, die er aber in keinem Fall ersetzen soll, nicht vorgesehen sind.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst vier Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Teil A

1.	Träger, an den der Vordruck gerichtet wird
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:

2.	Angaben zu dem Versicherten (2)
2.1	Name(n)(3):
2.2	Vorname(n)(4):
2.3	Frühere Namen:
2.4	Geschlecht(5):

3.	Staatsangehörigkeit(6):
-----------	-------------------------------

4.	Geburt
4.1	Geburtsdatum(7):
4.2	Geburtsort(8):
4.3	Provinz oder Departement(9):
4.4	Land(10):

5.	Persönliche Kenn-Nr.(11)
5.1	beim absendenden Träger:
5.2	beim Träger, an den der Vordruck gerichtet wird:

6.	Anschrift:

7.	Angaben zum Vorgang
7.1	Leistungsart:
7.2	Aktenzeichen beim absendenden Träger:
7.3	Aktenzeichen beim Träger, an den der Vordruck gerichtet wird:

8. Anspruchsberechtigter Angehöriger ⁽¹²⁾

8.1 Name(n) ⁽³⁾:

8.2 Vorname(n) ⁽⁴⁾:

8.3 Frühere Namen:

8.4 Geburtsort ⁽⁵⁾: Geburtsdatum:

8.5 Geschlecht: Staatsangehörigkeit ⁽⁶⁾:

8.6 Persönliche Kenn-Nr. ⁽¹¹⁾:
 beim absendenden Träger:
 beim Träger, an den der Vordruck gerichtet wird:

8.7 Anschrift:

9. Ersuchen Erinnerung an Ersuchen vom:

Es wird gebeten, für die in Feld 2 8 genannte Person zu übersenden

9.1 folgende(n) Vordruck(e):

9.2 folgende(s) Dokument(e):

9.3 folgende Auskunft/Auskünfte:

9.4 Grund des Ersuchens:

10. Änderung der Verhältnisse: Folgende Änderungen sind eingetreten

.....

.....

.....

.....

11. Verschiedenes

.....

.....

.....

.....

12. Träger, der Teil A ausfüllt

12.1 Bezeichnung:

12.2 Kenn-Nr. des Trägers:

12.3 Anschrift:

12.4 Stempel 12.5 Datum:

.....

12.6 Unterschrift:

.....

Teil B

13.

Aufgrund Ihres Ersuchens vom übersenden wir beiliegend

13.1 folgende(n) Vordruck(e):

13.2 folgende(s) Dokument(e):

13.3 folgende Information:

14.

Aufgrund Ihres Ersuchens vom
teilen wir mit, dass es uns nicht möglich ist, die nachstehend genannten Unterlagen zu übersenden:

14.1 folgende(n) Vordruck(e):

14.2 folgende(s) Dokument(e):

14.3 folgende Information:

14.4 Gründe:

15. Verschiedenes

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

16.

Bezüglich Ihres am übermittelten Vordrucks
bestätigen wir den Empfang der in Feld 10 enthaltenen Informationen.

17. Träger, der Teil B ausfüllt

17.1 Bezeichnung:

17.2 Kenn-Nr. des Trägers:

17.3 Anschrift:

17.4 Stempel 17.5 Datum:

17.6 Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Die Nummern 2.1 bis 2.4 zur Person des Versicherten sind, soweit erforderlich, auszufüllen.
- (³) Alle Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁵) Angaben: „M“ für männlich oder „F“ für weiblich.
- (⁶) Gegebenenfalls das Datum der Einbürgerung angeben.
Für spanische Träger sind — falls vorhanden — bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Kenn-Nummer N.I.E anzugeben, auch dann, wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „KEINE“ anzugeben.
- (⁷) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (Beispiel: 1. August 1921 = 01.08.1921).
- (⁸) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (*Arrondissements*) ist die Nummer des Bezirks anzugeben. (Beispiel: PARIS 14). Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.
- (⁹) Bei spanischen, französischen und italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich. Je nach Land ist hier die gebietsmäßige Zugehörigkeit des Geburtsorts anzugeben (Beispiel: bei Frankreich für Geburtsort: Lille ist das Geburtsdepartement: „Nord“ anzugeben, zusammen mit der Departementskennnummer, falls dem Versicherten bekannt, in diesem Fall also „59“. Die Angabe lautet somit: „NORD 59“). Bei den in Spanien geborenen Personen ist nur die Provinz anzugeben.
- (¹⁰) Kennbuchstaben des Geburtslandes des Versicherten gemäß Anmerkung (1).
- (¹¹) Für italienische Träger ist der „codice fiscale“ anzugeben.
Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
- (¹²) Gegebenenfalls auszufüllen.

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe d; Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstaben a und b; Artikel 14a Absatz 1 Buchstabe a sowie Absätze 2 und 4; Artikel 14b Absätze 1, 2 und 4; Artikel 14c Buchstabe a; Artikel 14e; Artikel 17
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 11 Absatz 1; Artikel 11a Absatz 1; Artikel 12a Absatz 2 Buchstabe a, Absatz 5 Buchstabe c und Absatz 7 Buchstabe a; Artikel 12b

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1. Arbeitnehmer Selbständiger

1.1 Name(n)⁽²⁾:

1.2 Vorname(n)⁽³⁾:

1.3 Frühere Namen:

1.4 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

1.5 Ständige Anschrift
Straße: Hausnummer: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:

1.6 Persönliche Kenn-Nr.⁽⁴⁾:

2. Arbeitgeber Selbständige Tätigkeit

2.1 Name/Firmenbezeichnung:

2.2 Kenn-Nr.⁽⁵⁾:

2.3 Ist der Arbeitgeber ein Arbeitskräfteverleihunternehmen? Ja Nein

2.4 Ständige Anschrift
Telefon-Nr.: Fax: E-Mail:
Straße: Hausnummer: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:

3. Der vorgenannte Versicherte

3.1 ist bei dem oben genannten Arbeitgeber beschäftigt ab dem
 übt eine selbständige Tätigkeit aus ab dem
in

3.2 wird voraussichtlich für die Zeit
vom bis
entsandt/eine selbständige Tätigkeit vorübergehend ausüben

3.3 zu/bei dem (den) unten genannten Unternehmen. auf das/dem unten genannte(n) Schiff.

3.4 Name/Firmenbezeichnung oder Name des Schiffes:

3.5 Anschrift(en)
Straße: Hausnummer: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:
Straße: Hausnummer: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:

3.6 Kenn-Nr.⁽⁵⁾:

4. Wer zahlt das Arbeitsentgelt und den Sozialversicherungsbeitrag des entsandten Arbeitnehmers?

4.1 Der in Feld 2 genannte Arbeitgeber

4.2 Das in Feld 3.4 genannte Unternehmen

4.3 Eine andere Stelle (in diesem Fall bitte Namen/Bezeichnung angeben)

.....
Anschrift

Straße: Hausnummer: Postfach:

Ort: Postleitzahl: Land:

5. Der Versicherte unterliegt weiterhin den Rechtsvorschriften des Landes: (1)

5.1 gemäß Artikel

13 Absatz 2 d)

14 Absatz 1 a) 14 Absatz 2 a) 14 Absatz 2 b) 14a Absatz 1 a) 14a Absatz 2 14a Absatz 4

14b Absatz 1 14b Absatz 2 14b Absatz 4 14c a) 14e 17

der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71

5.2 für die Zeit vom bis

5.3 für die Dauer der Beschäftigung/selbständigen Tätigkeit (vgl. Schreiben der zuständigen Behörde oder der von dieser Behörde bezeichneten Stelle im Beschäftigungsland, wonach der Versicherte weiterhin den Rechtsvorschriften des Entsendestaates unterliegt, vom Aktenzeichen).

6. Zuständiger Träger, dessen Rechtsvorschriften anzuwenden sind

6.1 Bezeichnung:

6.2 Kenn-Nr. des Trägers:

6.3 Anschrift:

Telefon-Nr: Fax: E-Mail:

Straße: Hausnummer: Postfach:

Ort: Postleitzahl: Land:

6.4 Stempel

6.5 Datum:

.....

6.6 Unterschrift:

.....

HINWEISE

Der bezeichnete Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften der Betreffende unterliegt, stellt die Bescheinigung auf Antrag des Arbeitnehmers/Selbständigen oder des Arbeitgebers aus und händigt sie dem Antragsteller aus. Bei einer Entsendung nach Belgien, Deutschland, Frankreich, in die Niederlande, nach Österreich, Finnland, Schweden oder Island hat der Träger auch eine Ausfertigung der Bescheinigung zu senden an: in Belgien: die staatliche Sozialversicherungsanstalt (Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid), Brüssel; für Selbständige an die staatliche Sozialversicherungsanstalt für Selbständige (Institut d'assurance sociales pour les travailleurs indépendants/Rijnsinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen), Brüssel; für Seeleute an die Hilfs- und Versorgungskasse für Seeleute (Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/ Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden), Antwerpen; für Beamte an die Abteilung Internationale Beziehungen des Sozialministeriums (Service des Relations Internationales du Ministère des Affaires sociales/Dienst internationale betrekkingen van het Ministerie voor sociale Zaken); in Dänemark: an „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (Verwaltung Soziale Sicherheit); in Deutschland: an die Deutsche Rentenversicherung Bund, 97041 Würzburg; in Frankreich: an das „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)“ (Zentralstelle für europäische und internationale Verbindungen im Bereich der sozialen Sicherheit), Paris; in den Niederlanden: an die „Sociale Verzekeringsbank“ (Sozialversicherungsanstalt), Amstelveen; in Österreich: an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien; in Finnland: an die „Eläketurvakeskus“ (Zentralanstalt für die Rentenversicherung), Helsinki; in Schweden: an die „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (Sozialversicherungskasse, Hauptstelle), Stockholm; in Island: an die „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik.

Hinweise für die Versicherten

Bevor Sie sich zur Arbeit in einen anderen Mitgliedstaat als den, in dem Sie versichert sind, begeben, vergewissern Sie sich, dass Sie über das Dokument verfügen, das Sie in Ihrem Beschäftigungsland zu den notwendigen Leistungen berechtigt (z. B. ärztliche Versorgung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung). Wenn Sie in Ihrem Beschäftigungsland wohnen werden, beantragen Sie bei Ihrem Krankenversicherungsträger eine Bescheinigung E 106 und legen diese baldmöglichst dem zuständigen Krankenversicherungsträger Ihres künftigen Beschäftigungsortes vor. Wenn Sie sich nur vorübergehend in Ihrem Beschäftigungsland aufhalten werden, beantragen Sie bei Ihrem Krankenversicherungsträger die Europäische Krankenversicherungskarte. Diese Karte müssen Sie dem Gesundheitsdienstleister vorlegen, wenn Sie während Ihres Aufenthalts Sachleistungen benötigen.

Hinweise für Arbeitgeber

Ein Mitgliedstaat, der einen Antrag auf Anwendung der oben genannten Artikel 14 Absatz 1, Artikel 14b Absatz 1 oder Artikel 17 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erhält, klärt den betreffenden Arbeitgeber und den Arbeitnehmer ordnungsgemäß darüber auf, unter welchen Voraussetzungen der Entsandte weiterhin seinen Rechtsvorschriften unterliegen kann.

Der Arbeitgeber wird darüber unterrichtet, dass zur Feststellung, ob die Entsendungszeit nicht abgelaufen ist, während dieser Zeit Kontrollen durchgeführt werden können, die sich insbesondere auf die Beitragsentrichtung und die Aufrechterhaltung der arbeitsrechtlichen Bindung beziehen. Außerdem unterrichtet der Arbeitgeber des entsandten Arbeitnehmers den zuständigen Träger des Entsendestaats über jede Veränderung, die während der Entsendungszeit eingetreten ist, insbesondere

- wenn die beantragte Entsendung oder die beantragte Verlängerung der Entsendung nicht erfolgt ist;
- wenn diese Entsendung unterbrochen wurde, es sei denn, dass diese Unterbrechung der Tätigkeit des Arbeitnehmers für das Unternehmen im Beschäftigungsstaat nur vorübergehend ist;
- wenn der entsandte Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber zu einem anderen Unternehmen im Beschäftigungsstaat abgestellt wurde.

In den ersten beiden Fällen sendet er diesen Vordruck an den zuständigen Träger des Entsendestaats zurück.

Hinweise für den Träger des Aufenthaltsorts

Legt der Versicherte das angemessene Dokument (Europäische Krankenversicherungskarte oder Vordruck E 106) vor, gewährt der Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorläufig auch die Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit. Benötigt der genannte Träger in diesem Fall den Vordruck E 123, wendet er sich möglichst bald

in **Belgien**: für Arbeitnehmer bei Berufskrankheit an den „Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor beroepsziekten“ (Kasse für Berufskrankheiten), Brüssel, bei Arbeitsunfall an den vom Arbeitgeber angegebenen Versicherer;

in der **Tschechischen Republik**: an die Krankenversicherung, bei der die betreffende Person versichert ist;

in **Dänemark**: an das „Arbejdsskadestyrelsen“ (Landesarbeitsunfallverwaltung), Kopenhagen;

in **Deutschland**: an die zuständige Berufsgenossenschaft;

in **Estland** an die „Sotsiaalkindlustusamet“ (Sozialversicherungsanstalt), Tallin;

in **Spanien**: an die „Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Seguridad Social“ (Provinzialdirektionen der staatlichen Sozialversicherungsanstalt);

in **Irland**: an das „Department of Health, Planning Unit“ (Ministerium für Gesundheitswesen, Planungsstelle), Dublin 2;

in **Italien**: an die zuständige Provinzgeschäftsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)“ (Staatliche Unfallversicherungsanstalt);

in **Lettland**: an die „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (Staatliche Sozialversicherungsanstalt), Riga;

in **Litauen**: an die „Teritorinė ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse);

in **Luxemburg**: an die „Association d'assurance contre les accidents“ (Unfallversicherungsanstalt);

in **Malta**: an die „Diviżjoni tas-Saħħa“, Triq il-Merkanti, Valletta CMR 01;

in den **Niederlanden**: an den zuständigen Krankenversicherungsträger;

in **Österreich**: an den zuständigen Unfallversicherungsträger;

in **Polen**: an die regionale Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);

in **Portugal**: an das „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais“ (Staatliche Anstalt zum Schutz gegen Berufsrisiken), Lissabon;

in der **Slowakei**: an die Krankenversicherung des Versicherten oder an die Sozialversicherungsanstalt, Bratislava;

in **Finnland**: an den „Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto“ (Verband der Unfallversicherer), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;

in **Schweden**: an die „Försäkringskassan“ (Sozialversicherungskasse);

in **allen anderen Mitgliedstaaten** an den zuständigen Krankenversicherungsträger;

in **Island**: an die „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: an das Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;

in **Norwegen**: an das „Folketrygdkontoret for utenlandssaker“ (Volksversicherungsamt für Auslandsfälle), Oslo;

in der **Schweiz**: bei Arbeitnehmern an den Unfallversicherer, bei dem der Arbeitgeber versichert ist; bei Selbständigen an den Unfallversicherer der betreffenden Person.

Gehört ein Arbeitnehmer/Selbständiger dem französischen System der sozialen Sicherheit an, ist für die Anerkennung des Leistungsanspruchs die Kasse zuständig, bei der er versichert ist und die nicht unbedingt auf dem Vordruck E 101 angegeben zu sein braucht. Die Europäische Krankenversicherungskarte oder der Vordruck E 123 sind gegebenenfalls bei der Kasse des ständigen Wohnorts des Arbeitnehmers/Selbständigen anzufordern.

Gehört ein Selbständiger einem finnischen Sozialversicherungssystem an, ist stets der Vordruck E 123 anzufordern.

Erleidet ein dem isländischen System der sozialen Sicherheit angehörender Arbeitnehmer einen Arbeitsunfall oder zieht er sich eine Berufskrankheit zu, hat der Arbeitgeber in jedem Fall den zuständigen Träger zu unterrichten.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Alle Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Bei Erwerbstätigen, die den spanischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer anzugeben. Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben. Bei Erwerbstätigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen, sind die PESEL- und NIP-Nummern oder, falls nicht vorhanden, die Serie und Nummer des Personalausweises oder Reisepasses anzugeben. Für slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
- (⁵) Zur Identifizierung des Arbeitgebers oder des Unternehmens des Selbständigen sind so viele Angaben wie möglich zu machen. Bei einem Schiff sind der Name des Schiffs und die Schiffs-Registriernummer anzugeben.
Belgien: bei Arbeitnehmern ist die Unternehmensnummer (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer) des Arbeitgebers und bei Selbständigen die Mehrwertsteuer-Nummer (TVA/BTW) anzugeben.
Für die **Tschechische Republik** ist die Kenn-Nummer (IČ) anzugeben.
Für **Dänemark** ist die CVR-Nummer anzugeben.
Für **Deutschland** ist die Betriebsnummer des Arbeitgebers anzugeben.
Für **Spanien** ist der „Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC“ (Kenn-Nummer des Arbeitgeber-Beitragskontos) anzugeben.
Für **Frankreich** ist die SIRET-Nummer anzugeben.
Für **Italien** ist, soweit möglich, die Kenn-Nummer des Unternehmens anzugeben.
Für **Luxemburg** ist die Sozialversicherungsnummer des Arbeitgebers und bei Selbständigen die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für **Ungarn** ist die Sozialversicherungsnummer des Arbeitgebers bzw. bei Selbständigen die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für **Polen** ist die NUSP-Nummer (sofern vorhanden) anzugeben, andernfalls sind die NIP- und die REGON-Nummer anzugeben.
Für die **Slowakei** ist die Kenn-Nummer (IČO) anzugeben.
Für **Slowenien** ist die Kenn-Nummer des Arbeitgebers bzw. des Selbständigen anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **finnischen** Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle unterliegen, ist die Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers anzugeben.
Für **Norwegen** ist die Nummer der Organisation anzugeben.

VERLÄNGERUNG DER ENTSENDUNG/DER SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 14a Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 14b Absätze 1 und 2
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 11 Absatz 2 und Artikel 11a Absatz 2

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst vier Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Vom Arbeitgeber/vom Selbständigen auszufüllen

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird⁽²⁾

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:

Telefon-Nr.: Fax-Nr.:

Straße: Haus-Nr.: Postfach:

Ort: Postleitzahl: Land:

2. Arbeitnehmer Selbständiger

2.1 Name(n)⁽³⁾:

2.2 Vorname(n)⁽⁴⁾:

2.3 Frühere Namen:

2.4 Geburtsdatum: Staatsangehörigkeit:

2.5 Ständige Anschrift:

Straße: Haus-Nr.: Postfach:

Ort: Postleitzahl: Land:

2.6 Persönliche Kenn-Nr.⁽⁵⁾:

3. Der vorgenannte Versicherte

ist entsandt

übt eine selbständige Tätigkeit aus gemäß Artikel

3.1 14.1.a 14a.1.a 14b.1 14b.2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71

3.2 für die Zeit vom bis

3.3 zu/bei dem/den unten genannten Unternehmen auf das/dem unten genannte(n) Schiff

3.4 Name des Unternehmens oder des Schiffs

3.5 Anschrift:

Telefon-Nr.: Fax-Nr.:

Straße: Haus-Nr.: Postfach:

Ort: Postleitzahl: Land:

3.6 Kenn-Nr.⁽⁶⁾:

4. Der Versicherte war im Besitz einer Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften (Vordruck E 101)

4.1 Ausgestellt von dem nachstehenden Träger:

Bezeichnung:
Straße: Haus-Nr.: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:

4.2 am und gültig bis

5. Wir beantragen, für den Versicherten die Rechtsvorschriften des Landes weiterhin gelten zu lassen, und zwar⁽¹⁾

5.1 für die Zeit vom bis⁽⁷⁾

6. Arbeitgeber Selbständiger

6.1 Name des Arbeitgebers oder des Unternehmens:
6.2 Kenn-Nr. ⁽⁶⁾:
6.3 Anschrift:
Telefon-Nr.: Fax-Nr.:
Straße: Haus-Nr.: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:
6.4 Stempel 6.5 Datum:
6.6 Unterschrift:

B. Von der zuständigen Behörde oder dem bezeichneten Träger des Beschäftigungslandes auszufüllen ⁽⁸⁾

7. Wir sind

7.1 damit einverstanden, nicht damit einverstanden,

dass für den in Feld 2 genannten Versicherten weiterhin die Rechtsvorschriften des Landes

⁽¹⁾

7.2 für die Zeit vom bis gelten.

8. Zuständige Behörde oder bezeichneter Träger des Beschäftigungslandes

8.1 Bezeichnung:
8.2 Kenn-Nr. des Trägers:
8.3 Anschrift:
Telefon-Nr.: Fax-Nr.:
Straße: Haus-Nr.: Postfach:
Ort: Postleitzahl: Land:
8.4 Stempel 8.5 Datum:
8.6 Unterschrift:

HINWEISE

Hinweise für den Arbeitgeber/den Selbständigen

- a) Teil A des Vordrucks ist in vierfacher Ausfertigung vom Arbeitgeber oder vom Selbständigen auszufüllen und an die zuständige Behörde oder den bezeichneten Träger des Landes zu senden, in das der Arbeitnehmer entsandt wurde bzw. in dem er eine selbständige Tätigkeit ausübt, und zwar:
- in **Belgien**: bei Arbeitnehmern an das „Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid“ (Landesanstalt für Sozialversicherung); bei Selbständigen an das „Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen“ (Staatliche Sozialversicherungsanstalt für Selbständige), Brüssel; bei Seeleuten an die „Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden“ (Hilfs- und Vorsorgekasse für Seeleute), Antwerpen;
- in der **Tschechischen Republik**: an die „Česká správa sociálního zabezpečení“ (Tschechische Sozialversicherungsanstalt), Prag;
- in **Dänemark**: an „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (Behörde für Soziale Sicherung), Kopenhagen;
- in **Deutschland**: an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland, Bonn;
- in **Estland**: an die „Sotsiaalkindlustusamet“ (Sozialversicherungsanstalt), Tallin;
- in **Griechenland**: an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA-ETAM); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT); bei Selbständigen an den in Anhang 10 der Verordnung (EWG) Nr. 572/72 unter F. GRIECHENLAND für die einzelnen Berufsgruppen genannten Träger;
- in **Spanien**: an die „Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social“ (Hauptschatzamt der sozialen Sicherheit — Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit), Madrid;
- in **Frankreich**: an das „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)“ (Zentralstelle für europäische und internationale Verbindungen im Bereich der sozialen Sicherheit), Paris;
- in **Irland**: an das „Department of Social and Family Affairs, PRSI Special Collections Section“ (Ministerium für Soziales und Familie, Besondere Einzugsstelle), Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford;
- in **Italien**: an das „Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali“ (Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik), Rom;
- in **Lettland**: an die „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (Staatliche Sozialversicherungsanstalt), Riga;
- in **Litauen**: an die „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba“ (Nationale Sozialversicherungsanstalt);
- in **Luxemburg**: an das „Centre commun de la sécurité sociale“ (Gemeinsames Zentrum für soziale Sicherheit), Luxemburg;
- in **Ungarn**: an die „Országos Egészségbiztosítási Pénztár“ (Staatliche Krankenversicherung), Budapest;
- in **Malta**: an das „Dipartiment tas-Sigurtà Soċjali“ (Ministerium für Soziale Sicherheit), 38, Triq l-Ordinanza, Valletta, CMR 01;
- in den **Niederlanden**: an die „Sociale Verzekeringsbank“ (Sozialversicherungsanstalt), Amstelveen;
- in **Österreich**: an das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien;
- in **Polen**: an die „Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)“ (Sozialversicherungsanstalt), Warschau;
- in **Portugal**: für das Festland: an das „Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social“ (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen für soziale Sicherheit), Lissabon; für Madeira: an den „Secretario Regional dos Assuntos Sociais“ (Regionalsekretär für soziale Angelegenheiten), Funchal; für die Azoren: an die „Direcção Regional de Segurança Social“ (Regionaldirektion für soziale Sicherheit), Angra do Heroísmo;
- in **Slowenien**: an das „Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve“ (Ministerium für Arbeit, Familie und Soziales), Ljubljana;
- in der **Slowakei**: an die „Sociálna poisťovňa“ (Sozialversicherungsanstalt), Bratislava;
- in **Finnland**: an die „Eläketurvakeskus“ (Zentralanstalt für die Rentenversicherung), Helsinki;
- in **Schweden**: an die „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (Sozialversicherungskasse, Hauptstelle), Stockholm;
- im **Vereinigten Königreich**: an das „Inland Revenue Centre for Non-Residents“ (Finanzamt für Gebietsfremde), Benton Park View, Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ;
- in **Island**: an das „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;
- in **Liechtenstein**: an das Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;
- in **Norwegen**: an das „Folketrygdkontoret for utenlandssaker“ (Volksversicherungsamt für Auslandsfälle), Oslo;
- in der **Schweiz**: an die „Caisse de Compensation AVS“ (Alters- und Hinterbliebenenversicherung), die bei Anwendbarkeit der schweizerischen Rechtsvorschriften für den Arbeitnehmer oder Selbständigen zuständig wäre.
- b) Zwei Ausfertigungen des Vordrucks mit ausgefülltem Teil B sind dem Arbeitgeber bzw. dem Selbständigen zu übersenden. Der Arbeitgeber händigt eine dieser Ausfertigungen dem Arbeitnehmer aus.
- c) Ein Mitgliedstaat, der einen Antrag auf Anwendung der oben genannten Artikel 14 Absatz 1 oder Artikel 14b Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erhält, klärt den betreffenden Arbeitgeber und den Arbeitnehmer ordnungsgemäß darüber auf, unter welchen Voraussetzungen der Entsandte weiterhin seinen Rechtsvorschriften unterliegen kann.
- Der Arbeitgeber wird darüber unterrichtet, dass zur Feststellung, ob die Entsendungszeit nicht abgelaufen ist, während dieser Zeit Kontrollen durchgeführt werden können, die sich insbesondere auf die Beitragsentrichtung und die Aufrechterhaltung der arbeitsrechtlichen Bindung beziehen.

Außerdem unterrichtet der Arbeitgeber des entsandten Arbeitnehmers den zuständigen Träger des Entsendestaats über jede Veränderung, die während der Entsendungszeit eingetreten ist, insbesondere

- wenn die beantragte Entsendung oder die beantragte Verlängerung der Entsendung nicht erfolgt ist;
- wenn diese Entsendung unterbrochen wurde, es sei denn, dass diese Unterbrechung der Tätigkeit des Arbeitnehmers für das Unternehmen im Beschäftigungsstaat nur vorübergehend ist;
- wenn der entsandte Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber zu einem anderen Unternehmen im Beschäftigungsstaat abgestellt wurde.

In den ersten beiden Fällen sendet der Arbeitgeber diesen Vordruck an den zuständigen Träger des Entsendestaats zurück.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Siehe die Angaben in Punkt a) unter „Hinweise für den Arbeitgeber/den Selbständigen“.
- (³) Alle Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁵) Bei Erwerbstätigen, die den **belgischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer (NISS) anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **tschechischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die tschechische Geburtsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **dänischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die CPR-Nummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **spanischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **italienischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist der „codice fiscale“ (Steuernummer) anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **litauischen** Rechtsvorschriften unterliegen, sind die nationale Kenn-Nummer und die nationale Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **luxemburgischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer anzugeben (CCSS).
Bei Erwerbstätigen, die den **maltesischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **niederländischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die SOFI-Nummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **polnischen** Rechtsvorschriften unterliegen, sind die PESEL- und die NIP-Nummer oder, falls nicht vorhanden, die Serie und Nummer des Personalausweises oder Reisepasses anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **slowenischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die ZZZS-Nummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **slowakischen** Rechtsvorschriften unterliegen, ist die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
- (⁶) Zur Identifizierung des Arbeitgebers oder des Unternehmens des Selbständigen sind möglichst viele Angaben zu machen:
Bei einem Schiff sind der Name des Schiffes und die Schiffs-Registernummer anzugeben.
Belgien: bei Arbeitnehmern ist die Unternehmensnummer (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer) des Arbeitgebers und bei Selbständigen die Mehrwertsteuer-Nummer (TVA/BTW) anzugeben.
Für die **Tschechische Republik** ist die Kenn-Nummer (IČ) anzugeben.
Für **Dänemark** ist die CVR-Nummer anzugeben.
Für **Deutschland** ist die Betriebsnummer des Arbeitgebers anzugeben.
Für **Spanien** ist der „Codigo De Cuenta De Cotización Del Empresario CCC“ (Kenn-Nummer des Arbeitgeber-Beitragskontos) anzugeben.
Für **Frankreich** ist die SIRET-Nummer anzugeben.
Für **Luxemburg** ist die Sozialversicherungsnummer des Arbeitgebers und bei Selbständigen die Sozialversicherungsnummer anzugeben (CCSS).
Für **Ungarn** ist die Sozialversicherungsnummer des Arbeitgebers bzw. bei Selbständigen die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für **Malta** ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für **Polen** ist die NUSP-Nummer (sofern vorhanden) anzugeben, andernfalls sind die NIP- und die REGON-Nummer in Nummer 3.6 und die PESEL- und die NIP-Nummer oder, falls nicht vorhanden, die Serie und Nummer des Personalausweises oder Reisepasses in Nummer 6.2 anzugeben.
Für **Slowenien** ist die Kenn-Nummer des Arbeitgebers bzw. des Selbständigen anzugeben.
Für die **Slowakei** ist die Kenn-Nummer des Unternehmens (IČO) anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den **finnischen** Rechtsvorschriften über Arbeitsunfall unterliegen, ist die Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers anzugeben.
Für **Norwegen** ist die Nummer der Organisation anzugeben.
- (⁷) Dieser Zeitraum darf, vom Tag des Beginns der Entsendung bzw. der ausgeübten selbständigen Tätigkeit an gerechnet, 24 Monate nicht überschreiten.
- (⁸) Zwei Ausfertigungen sind an den Antragsteller zurückzusenden, eine Ausfertigung ist dem bezeichneten Träger des Landes zu übersenden, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat.



AUSÜBUNG DES WAHLRECHTS

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 16 Absätze 2 und 3
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 13 Absätze 2 und 3; Artikel 14 Absätze 1 und 2

Der Arbeitnehmer füllt Teil A des Vordrucks entsprechend den Buchstaben a und b der Hinweise aus und überreicht bzw. versendet den Vordruck entsprechend den Buchstaben a und c der Hinweise. Der Träger, an den der Vordruck gerichtet ist, füllt Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den Arbeitnehmer zurück.

Der Vordruck ist in dreifacher Ausfertigung in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Wahl

1.	Ich
1.1	Name(n) ⁽²⁾ :
1.2	Vorname(n) ⁽³⁾ :
1.3	Frühere Namen:
1.4	Geburtsdatum:
	1.5 Staatsangehörigkeit:
1.6	Persönliche Kenn-Nr. ⁽⁴⁾ :

2. bin seit dem:

2.1⁽⁴⁾ als: bei der nachgenannten diplomatischen Vertretung/konsularischen Dienststelle:

2.2⁽⁴⁾ als:

im privaten Bereich des nachgenannten Arbeitgebers⁽⁵⁾:
der der diplomatischen Vertretung/konsularischen Dienststelle angehört:

2.3 als Hilfskraft bei den Europäischen Gemeinschaften beschäftigt

3. und entscheide mich für die Anwendung der Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit

3.1 ⁽⁶⁾ des Staates, dessen Staatsangehörigkeit ich besitze,

3.2 ⁽⁶⁾ des Staates, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für mich gegolten haben, nämlich die

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> belgischen | <input type="checkbox"/> tschechischen | <input type="checkbox"/> dänischen | <input type="checkbox"/> deutschen | <input type="checkbox"/> estnischen |
| <input type="checkbox"/> griechischen | <input type="checkbox"/> spanischen | <input type="checkbox"/> französischen | <input type="checkbox"/> irischen | <input type="checkbox"/> italienischen |
| <input type="checkbox"/> zypriotischen | <input type="checkbox"/> lettischen | <input type="checkbox"/> litauischen | <input type="checkbox"/> luxemburgischen | <input type="checkbox"/> ungarischen |
| <input type="checkbox"/> maltesischen | <input type="checkbox"/> niederländischen | <input type="checkbox"/> österreichischen | <input type="checkbox"/> polnischen | <input type="checkbox"/> slowenischen |
| <input type="checkbox"/> portugiesischen | <input type="checkbox"/> slowakischen | <input type="checkbox"/> finnischen | <input type="checkbox"/> schwedischen | <input type="checkbox"/> des Vereinigten Königreichs |
| <input type="checkbox"/> isländischen | <input type="checkbox"/> liechtensteinischen | <input type="checkbox"/> norwegischen | <input type="checkbox"/> schweizerischen | |

4. Ort und Datum:

5. Unterschrift:

6.	Behörde der Europäischen Gemeinschaften, die den Vertrag mit dem Bediensteten geschlossen hat
6.1	Bezeichnung:
6.2	Anschrift:
6.3	Stempel
6.4	Datum:
6.5	Unterschrift:

B. Bescheinigung

7. Für den in Feld 1 genannten Arbeitnehmer gelten die Rechtsvorschriften⁽⁶⁾

- Belgiens der Tschechischen Republik Dänemarks Deutschlands Estlands
- Griechenlands Spaniens Frankreichs Irlands Italiens
- Zyperns Lettlands Litauens Luxemburgs Ungarns
- Maltas der Niederlande Österreichs Polens Portugals
- Sloweniens der Slowakei Finnlands Schwedens des Vereinigten Königreichs
- Islands Liechtensteins Norwegens der Schweiz

7.1 vom: an

7.2 für die Dauer des in Teil A angegebenen Beschäftigungsverhältnisses⁽⁷⁾

8. Von der zuständigen Behörde bezeichneter Träger

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:
.....

8.4 Stempel

8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

Für die Bediensteten der diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen und für Ihre privaten Hausangestellten

a) Nachdem Sie Teil A des Vordrucks, ausgenommen Feld 6, ausgefüllt haben, müssen Sie eine Ausfertigung davon Ihrem Arbeitgeber aushändigen und zwei Ausfertigungen an den von der zuständigen Behörde des Staats, dessen Rechtsvorschriften Sie gewählt haben, bezeichneten Träger senden, und zwar:

- in **Belgien**: an das „Office national de sécurité sociale“ (Staatliche Sozialversicherungsanstalt), Brüssel;
- in der **Tschechischen Republik**: an die „Česká správa sociálního zabezpečení“ (Tschechische Sozialversicherungsanstalt), Prag;
- in **Dänemark**: an „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (Verwaltung Soziale Sicherung), Kopenhagen;
- in **Deutschland**: an die Zweigstelle Bonn der vom Versicherten gewählten Krankenkasse;
- in **Estland**: an die „Sotsiaalkindlustusamet“ (Sozialversicherungsanstalt), Tallin;
- in **Griechenland**: an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA);
- in **Spanien**: an die „Tesorería General de la Seguridad Social — Ministerio de Trabajo y Seguridad Social“ (Hauptschatzamt der sozialen Sicherheit — Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit), Madrid;
- in **Frankreich**: an die „Caisse primaire d’assurance maladie“ (Ortskrankenkasse), Paris;
- in **Irland**: an das „Department of Social and Family Affairs“ (Ministerium für Soziales und Familie), Dublin;
- in **Italien**: an die zuständige örtliche Verwaltungsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale — INPS“ (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge);
- in **Zypern**: an die „Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων“ (Behörde für Sozialversicherung, Ministerium für Arbeit und Sozialversicherung), 1465 Lefkosia;
- in **Liechtenstein**: an das Amt für Volkswirtschaft, Vaduz
- in **Lettland**: an die „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (Staatliche Sozialversicherungsanstalt);
- in **Litauen**: an den „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba“ (Rat des nationalen Sozialversicherungsfonds), Vilnius;
- in **Luxemburg**: an das „Centre commun de la sécurité sociale“ (Gemeinsames Zentrum für soziale Sicherheit), Luxemburg;
- in **Ungarn**: an die „Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Gebietskrankenkasse für die Hauptstadt und Pest), Budapest;
- in **Malta**: an das „Dipartiment tas-Sigurtas Soċjali“ (Ministerium für soziale Sicherheit), Valletta;
- in den **Niederlanden**: an die „Sociale Verzekeringsbank“ (Sozialversicherungsanstalt), Amstelveen;
- in **Österreich**: an den zuständigen Träger für Krankenversicherung;
- in **Polen**: an die „Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)“ (Sozialversicherungsanstalt), Warschau;
- in **Portugal**: an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social“ (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen für soziale Sicherheit), Lissabon;
- in **Slowenien**: an die zuständige Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens);
- in der **Slowakei**: an das „Sociálna poisťovňa“ (Sozialversicherungsamt), Bratislava;
- in **Finnland**: an die „Eläketurvakeskus“ (Zentralanstalt für die Rentenversicherung), Helsinki;
- in **Schweden**: an die „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (Sozialversicherungskasse, Hauptstelle), Stockholm;
- im **Vereinigten Königreich**: an das „Inland Revenue Centre for Non-Residents“ (Finanzamt für Gebietsfremde), Benton Park View, Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ;
- in **Island**: an die „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;

in **Liechtenstein**, an das „Amt für Volkswirtschaft“ (Office of National Economy), Vaduz;

in **Norwegen**: an das „Folketrygdkontoret for utenlandssaker“ (Volksversicherungsamt für Auslandsfälle), Oslo;

in der **Schweiz**: an die „Caisse fédérale de compensation“ (Eidgenössische Ausgleichskasse), Bern.

Für die Dienststelle der Europäischen Gemeinschaften, die zum Abschluss der Einstellungsverträge der Hilfskräfte befugt ist

- b) Bei Einstellung einer Hilfskraft müssen Sie von dieser — wenn sie ihr Wahlrecht auszuüben wünscht — Teil A ausfüllen lassen, ausgenommen Feld 6, das von Ihnen auszufüllen ist.
- c) Zwei Ausfertigungen des Vordrucks sind dem Träger zuzusenden, den die zuständige Behörde des Mitgliedstaats bezeichnet hat, dessen Rechtsvorschriften der Bedienstete gewählt hat (siehe Buchstabe a).

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Bei Erwerbstätigen, die unter die belgischen Rechtsvorschriften fallen, bitte die nationale Registernummer angeben.
Bei Erwerbstätigen, die den spanischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den maltesischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den slowakischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen, sind die PESEL- und die NIP-Nummer oder, falls nicht vorhanden, die Serie und Nummer des Personalausweises oder Reisepasses anzugeben.
- (⁵) Name und Vornamen des Arbeitgebers.
- (⁶) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen. Zu beachten ist, dass sich das Geschäftspersonal der diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen und private Hausangestellte im Dienst von Angehörigen dieser Vertretungen oder Dienststellen nur für die Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit des Staates entscheiden können, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen.
- (⁷) Arbeitnehmer bei diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen sowie im persönlichen Dienst von Angehörigen dieser Vertretungen oder Dienststellen können sich an jedem Jahresende erneut entscheiden.

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGS-, BESCHÄFTIGUNGS- ODER WOHNZEITEN

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Invalidität

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 9 Absatz 2; Artikel 18 Absatz 1; Artikel 38 Absatz 1; Artikel 64

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 6 Absatz 2; Artikel 16; Artikel 39 Absätze 1 und 2; Artikel 79

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und übersendet zwei Ausfertigungen an den Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für den Versicherten gegolten haben. Dieser Träger füllt Teil B aus und reicht den Vordruck an den Träger zurück, der ihn übersandte. Wurde die Bescheinigung von dem Versicherten beantragt, füllt der ausstellungspflichtige Träger Teil B aus und händigt den Vordruck dem Versicherten aus oder stellt ihn ihm zu.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Teil A

1.	Träger, an den der Vordruck gerichtet wird
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:

2.	Versicherter	
2.1	Name ⁽²⁾ :	
2.2	Vornamen ⁽³⁾ :	Geburtsdatum:
2.3	Frühere Namen:	
2.4	Persönliche Kenn-Nr.:	
2.5	Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine <input type="checkbox"/> abhängige Beschäftigung <input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit ausgeübt in ⁽⁴⁾	
2.6	<input type="checkbox"/> Name oder Firma des letzten Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Letzte selbständige Tätigkeit	
	Anschrift:	
2.7	<input type="checkbox"/> Frühere Arbeitgeber: [Name und Anschrift]	<input type="checkbox"/> Frühere selbständige Tätigkeiten:

3. Zur Bearbeitung eines vom Versicherten gestellten Antrages bitte die Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten angeben, die er
- 3.1 vom an
- 3.2 nach den Rechtsvorschriften Ihres Landes für den Fall der/des
 Krankheit/Mutterschaft ⁽⁵⁾ Todes (Sterbegeld) Invalidität ⁽⁶⁾
zurückgelegt hat.

4. Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung:

4.2 Kenn-Nr. des Trägers:

4.3 Anschrift:

4.4 Stempel

4.5 Datum:

4.6 Unterschrift:

Teil B

5. Der/Die in Feld 2 Genannte

5.1 ist seit dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt für den Fall der Krankheit/Mutterschaft versichert ⁽⁷⁾

5.2 hat seit dem

6. Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt: ⁽⁵⁾

6.1 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.2 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.3 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.4 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.5 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.6 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.7 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.8 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.9 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

6.10 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7. folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

7.1 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.2 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.3 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.4 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.5 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.6 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.7 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.8 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.9 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

7.10 vom bis ⁽⁸⁾ für den ⁽⁹⁾ Versicherungsfall ⁽¹⁰⁾

8. Träger, der Teil B auszufüllen hat

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

8.4 Stempel

8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck zunächst ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Der Staat ist anzugeben.
- (⁵) Nur wenn die Bescheinigung für einen belgischen, französischen, griechischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt ist, ist die Leistungsart mit folgender Kennzeichnung anzugeben: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.
- (⁶) Für französische und lettische Träger.
- (⁷) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.
- (⁸) Ist der Vordruck für einen belgischen, tschechischen, griechischen, lettischen, litauischen, polnischen oder liechtensteinischen Träger bestimmt, so sind die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgender Kennzeichnung anzugeben: D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.
- Ist die Bescheinigung für einen deutschen, litauischen, luxemburgischen oder polnischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben: P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.
- (⁹) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:
A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; O = Invalidität.
- (¹⁰) Ist der zuständige Träger ein zyprischer, deutscher, irischer, ungarischer oder österreichischer Träger oder ein Träger des Vereinigten Königreichs, das Kästchen mit einem Kreuz versehen, sofern die Versicherungs- oder Wohnzeit einer tatsächlichen Beschäftigungszeit entspricht, und angeben, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handelt.



BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS DER IN EINEM ANDEREN ALS DEM ZUSTÄNDIGEN STAAT WOHNENDEN VERSICHERTEN AUF
SACHLEISTUNGEN BEI KRANKHEIT UND MUTTERSCHAFT

Arbeitnehmer und Selbständige sowie bei ihnen wohnende Familienangehörige —
Familienangehörige von Arbeitslosen

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 25 Absatz 3 Buchstabe i
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absätze 1 und 4; Artikel 27 (erster Satz)

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Versicherten zwei Ausfertigungen des Vordrucks aus oder sendet diese, ggf. über die Verbindungsstelle, an den Träger des Wohnorts, falls dieser den Vordruck beantragt hat. Dieser Träger füllt Teil B des Vordrucks aus, sobald er die genannten Ausfertigungen vom Versicherten oder vom zuständigen Träger erhalten hat, und sendet eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Anspruchsbestätigung

1.	Träger des Wohnorts ⁽²⁾
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2.	Der Versicherte
2.1	Name(n) ⁽³⁾ :
2.2	Vorname(n) ⁽⁴⁾ : Geburtsdatum:
2.3	Frühere Namen:
2.4	Anschrift im Wohnland:
2.5	Persönliche Kenn-Nr.:
2.6	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist Arbeitnehmer
2.7	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist selbständig erwerbstätig
2.8	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist Grenzgänger (Arbeitnehmer)
2.9	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist Grenzgänger (selbständig erwerbstätig)
2.10	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist arbeitslos

3.	Familienangehöriger ⁽⁵⁾
3.1	Name(n) ⁽³⁾ :
3.2	Vorname(n) ⁽⁴⁾ : Geburtsdatum:
3.3	Frühere Name(n):
3.4	Anschrift im Wohnland:
3.5	Persönliche Kenn-Nr.:

- 4.1 Der oben genannte Versicherte und die bei ihm wohnenden Familienangehörigen⁽⁶⁾
- 4.2 Die Familienangehörigen⁽⁶⁾ des oben genannten Arbeitslosen
5. haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom an

Hinweise für die Versicherten

- a) Aufgrund *dieser* Bescheinigung haben Sie für sich und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Wenn Sie *arbeitslos* sind, ist dieser Vordruck nicht für Sie bestimmt, sondern gilt nur für Ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als demjenigen Mitgliedstaat wohnen, in dem Sie versichert sind.
- b) Die beiden in Ihrem Besitz befindlichen Ausfertigungen des Vordrucks sind so bald wie möglich dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorzulegen. Wenn Sie *arbeitslos* sind, ist der Vordruck von Ihren Familienangehörigen dem Träger der Kranken- und Mutterschaftsversicherung ihres Wohnortes vorzulegen.
- c) Diese Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung sind:
- in **Belgien**: die „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;
 - in der **Tschechischen Republik**: die „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse am Wohnort);
 - in **Dänemark**: die Gemeindeverwaltung am Wohnort;
 - in **Deutschland**: die von der betreffenden Person gewählte Krankenkasse;
 - in **Estland** der „Eesti Haigekassa“ (Estonische Krankenkasse);
 - in **Griechenland**: in der Regel die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;
 - in **Spanien**: die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts; wenn Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an den ärztlichen und Krankenhausdienst der Gesundheitsfürsorge der spanischen Sozialversicherung wenden; Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;
 - in **Frankreich**: die „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse); bei Bejahung von Nummer 2.5 können Sie sich an die „Société de secours minière“ (Knappschaft) wenden;
 - in **Irland**: die örtliche Zweigstelle des „Health Service Executive“ (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);
 - in **Italien**: in der Regel die gebietsmäßig zuständige „Unità sanitaria locale — ASL“ (örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt das „Ministero della sanità“, „Ufficio di sanità marittima“ oder „aerea“ (Gesundheitsministerium, Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);
 - in **Zypern**: das „Υπουργείο Υγείας“ (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprierte Krankenkassenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;
 - in **Lettland**: die „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);
 - in **Litauen**: der „Teritorinį ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;
 - in **Luxemburg**: die „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);
 - in **Ungarn**: die für Ihren Wohnort zuständige „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);
 - in **Malta**: die „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 John Street, Valletta;
 - in den **Niederlanden**: eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse;
 - in **Österreich**: die für Ihren Wohnort zuständige „Gebietskrankenkasse“;
 - in **Polen**: die für den Wohnort zuständige regionale Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);
 - in **Portugal**: **Mutterland**: das „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; **Madeira**: das „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; **Azoren**: das „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;
 - in **Slowenien**: die „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens);
 - in der **Slowakei**: die vom Versicherten gewählte „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);
 - in **Finnland**: die örtliche Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);
 - in **Schweden**: „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse) am Wohnort;
 - im **Vereinigten Königreich**: das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, bzw. in Nordirland das „Department for Social Development“ (Ministerium für soziale Entwicklung), „Overseas Benefits Branch“ (Referat Leistungen für im Ausland wohnende Anspruchsberechtigte), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
 - in **Island**: die „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik;
 - in **Liechtenstein**: das „Amt für Volkswirtschaft“ in Vaduz,
 - in **Norwegen**: das „lokale Trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt) am Wohnort;
 - in der **Schweiz** die „Institution commune LAMal — Istitutozione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG“ in Solothurn.
- d) Der Vordruck ist ab dem unter Nummer 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.
- e) Sie oder Ihre Familienangehörigen müssen den Versicherungsträger des Wohnorts von jeder Änderung Ihrer bzw. der Verhältnisse ihrer Familienangehörigen unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres Wohn- oder Aufenthaltsorts.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: B = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur auszufüllen, falls die Bescheinigung auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird.
- (³) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁵) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf Familienangehörige eines Arbeitslosen bezieht. Es ist nur ein Familienangehöriger einzutragen, da die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt wird.
- (⁶) Die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen wird nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt.
- (⁷) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.
- (⁸) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.
- (⁹) Wird dieser Vordruck zur Verlängerung einer bereits früher ausgestellten Bescheinigung ausgestellt, so braucht Teil B nicht ausgefüllt zu werden.
-

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 25 Absätze 1 Buchstabe a und 3 Buchstabe i; Artikel 26 Absatz 1; Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 31 Buchstabe a; Artikel 52 Buchstabe a; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absatz 1; Artikel 21 Absatz 1; Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 27 Satz 1; Artikel 28; Artikel 29 Absätze 1 und 2; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 31 Absätze 1 und 3; Artikel 60 Absatz 1; Artikel 62 Absätze 3, 4 und 7; Artikel 63 Absätze 1 und 3

Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes füllt Teil A aus und sendet zwei Ausfertigungen des Vordrucks entsprechend den oben genannten Artikeln der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger der Auffassung ist, dass er die angeforderte Bescheinigung nicht ausstellen kann, füllt er Teil B aus und reicht eine Ausfertigung des Vordrucks an den erstgenannten Träger zurück. Ist Belgien der zuständige Staat, ist der Vordruck, außer bei anerkanntem Arbeitsunfall oder anerkannter Berufskrankheit, an den Krankenversicherungsträger zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:

.....

2. Der Versicherte

2.1 Name(n)⁽²⁾:

2.2 Vornamen⁽³⁾: Geburtsdatum:

2.3 Frühere Namen:

2.4 Anschrift:

2.5 Persönliche Kenn-Nr.⁽⁴⁾:

2.6 Empfänger Antragsteller
folgender Rente:
 Alter Invalidität Hinterbliebene
 Arbeitsunfall Berufskrankheit

2.7 Rentenpflichtiger Träger:

.....

3. Letzter Arbeitgeber⁽⁵⁾ Letzte selbständige Tätigkeit⁽⁵⁾

3.1 Name:

3.2 Anschrift:

.....

3.3 Wirtschaftszweig⁽⁶⁾:

3.4 Träger der Unfallversicherung, bei dem der Arbeitgeber versichert ist⁽⁷⁾:

.....

.....

B. Vom zuständigen Träger auszufüllen

10.

10.1 Anbei überreichen wir Ihnen den betreffenden Vordruck, von dem Sie uns eine Ausfertigung ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden wollen. ⁽¹¹⁾

10.2 Wir können das in Teil A angeforderte Dokument aus folgendem Grund nicht ausstellen:
.....
.....

11.

Zuständiger Träger

11.1 **Bezeichnung:**

11.2 **Kenn-Nr. des Trägers:**

11.3 **Anschrift:**
.....
.....

11.4 **Stempel**

11.5 **Datum:**
.....

11.6 **Unterschrift:**
.....

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 25 Absätze 1 Buchstabe a und 3 Buchstabe i; Artikel 26 Absatz 1; Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 31 Buchstabe a; Artikel 52 Buchstabe a; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absatz 1; Artikel 21 Absatz 1; Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 27 Satz 1; Artikel 28; Artikel 29 Absätze 1 und 2; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 31 Absätze 1 und 3; Artikel 60 Absatz 1; Artikel 62 Absätze 3, 4 und 7; Artikel 63 Absätze 1 und 3

Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes füllt Teil A aus und sendet zwei Ausfertigungen des Vordrucks entsprechend den oben genannten Artikeln der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger der Auffassung ist, dass er die angeforderte Bescheinigung nicht ausstellen kann, füllt er Teil B aus und reicht eine Ausfertigung des Vordrucks an den erstgenannten Träger zurück. Ist Belgien der zuständige Staat, ist der Vordruck, außer bei anerkanntem Arbeitsunfall oder anerkannter Berufskrankheit, an den Krankenversicherungsträger zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Er umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:

.....

2. Der Versicherte

2.1 Name(n)⁽²⁾:

2.2 Vornamen⁽³⁾: Geburtsdatum:

2.3 Frühere Namen:

2.4 Anschrift:

2.5 Persönliche Kenn-Nr.⁽⁴⁾:

2.6 Empfänger Antragsteller
folgender Rente:
 Alter Invalidität Hinterbliebene
 Arbeitsunfall Berufskrankheit

2.7 Rentenpflichtiger Träger:

.....

3. Letzter Arbeitgeber⁽⁵⁾ Letzte selbständige Tätigkeit⁽⁵⁾

3.1 Name:

3.2 Anschrift:

.....

3.3 Wirtschaftszweig⁽⁶⁾:

3.4 Träger der Unfallversicherung, bei dem der Arbeitgeber versichert ist⁽⁷⁾:

.....

.....



Mitteilung über Ruhen oder Wegfall des Sachleistungsanspruchs bei Krankheit/Mutterschaft

Für Personen, die in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnen

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absätze 1 Buchstabe a und 2; Artikel 25 Absatz 3 Buchstabe i; Artikel 26 Absatz 1; Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 1 Absätze 2 und 3; Artikel 27; Artikel 28; Artikel 29 Absatz 5; Artikel 30; Artikel 94 Absatz 4; Artikel 95 Absatz 4

Der zuständige Träger/Wohnortträger füllt Teil A aus und übersendet dem Wohnortträger/zuständigen Träger, ggf. über die Verbindungsstelle, zwei Ausfertigungen. Nachdem er Teil B des Vordrucks ausgefüllt hat, sendet der Empfängerträger eine Ausfertigung an den Absenderträger zurück.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Mitteilung

1.	Träger, an den der Vordruck gerichtet wird
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:

2.	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Arbeitnehmer)
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Selbständiger)
	<input type="checkbox"/> Arbeitsloser	
	<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)	
	<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)	
	<input type="checkbox"/> Rentenantragsteller	
2.1	Name(n) ⁽²⁾ :	
2.2	Vorname(n) ⁽³⁾ :	Geburtsdatum:
2.3	Frühere Namen:	
2.4	Anschrift im Wohnland:	
	
2.5	Persönliche Kenn-Nr. ⁽⁴⁾ :	

3.	Familienangehöriger ⁽⁵⁾	
3.1	Name(n) ⁽²⁾ :	
3.2	Vornamen ⁽³⁾ :	Geburtsdatum:
3.3	Frühere Namen:	
3.4	Anschrift im Wohnland:	
	
3.5	Persönliche Kenn-Nr.:	

4. Der mit unserem Ihrem Vordruck vom bescheinigte Anspruch ruht/fällt weg. Grund:

4.1 Die Versicherung des oben genannten Versicherten endete am

4.2 Alle eingetragenen Familienangehörigen des Versicherten wohnen nicht mehr in unserem Ihrem Land seit:

4.3 Die Rente des/der obgenannten Rentners/Rentnerin ruht/fällt weg ab

4.4 Der in Feld 2 genannte Versicherte oder

- Der in Feld 3 genannte Familienangehörige
 - wohnt nicht mehr in unserem Ihrem Land seit dem (Datum)
 - verstarb am (Datum)

4.5 Der in Feld 3 genannte Familienangehörige erfüllt seit dem nicht länger die Voraussetzungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes.

4.6 (*)

5.	<input type="checkbox"/> Zuständiger Träger	<input type="checkbox"/> Träger des Wohnorts
5.1	Bezeichnung:	
5.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
5.3	Anschrift:	
5.4	Stempel	5.5 Datum:
		5.6 Unterschrift:

B. Empfangsbestätigung

6. Die Mitteilung gemäß Teil A ist am bei uns eingegangen.

7. Der/die in Teil A Genannte(n) wird/werden seit dem nicht länger bei uns geführt.

Wir bestätigen das Ruhen /den Wegfall des Leistungsanspruchs (entsprechende Mitteilung in Feld 4) wirksam ab dem

8.	<input type="checkbox"/> Zuständiger Träger	<input type="checkbox"/> Träger des Wohnorts
8.1	Bezeichnung:	
8.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
8.3	Anschrift:	
8.4	Stempel	8.5 Datum:
		8.6 Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck zunächst ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Für zuständige italienische Träger ist der „codice fiscale“ (Steuernummer) anzugeben.
Für zuständige maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Für zuständige slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
Für spanische Träger ist bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren N.I.E. anzugeben. Ist die Gültigkeitsdauer der D.N.I. oder der N.I.E. abgelaufen, ist „KEINE“ anzugeben.
- (⁵) Auszufüllen, wenn die Beendigung des Leistungsanspruchs Familienangehörige betrifft.
- (⁶) Der Grund des Ruhens/Wegfalls muss mittels der folgenden Buchstaben angegeben werden:
- a) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Wohnstaat durch den Rentner.
 - b) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Wohnstaat durch einen Familienangehörigen des Rentners.
 - c) Nichtzahlung der Beiträge.
 - d) Sonstiges.

BESCHEINIGUNG ZUR EINTRAGUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN DER VERSICHERTEN UND FÜR DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 2
Verordnung (EWG) Nr. 574/74: Artikel 17 Absätze 1, 2, 3 und 4; Artikel 94 Absatz 4

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Versicherten zwei Ausfertigungen des Vordrucks aus oder sendet diese, ggf. über die Verbindungsstelle, an den Träger des Wohnorts, falls dieser den Vordruck beantragt hat. Wohnen die Familienangehörigen des Arbeitnehmers oder Selbständigen im Vereinigten Königreich, übersendet der zuständige Träger beide Ausfertigungen dem „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre“, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück. Wohnen die Familienangehörigen in verschiedenen Ländern, ist für jedes Land eine Bescheinigung auszustellen.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Anspruchsbestätigung

1.	Träger des Wohnorts ⁽²⁾
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2.	Der Versicherte
2.1	Name(n) ⁽³⁾ :
2.2	Vorname(n) ⁽⁴⁾ : Geburtsdatum:
2.3	Frühere Namen:
2.4	Anschrift:
2.5	Persönliche Kenn-Nr.:
2.6	Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist selbständig erwerbstätig

3.	Familienangehöriger
3.1	Name(n) ⁽³⁾ :
3.2	Vorname(n) ⁽⁴⁾ : Geburtsdatum:
3.3	Frühere Namen:
3.4	Anschrift:
3.5	Persönliche Kenn-Nr.:

4. Die Familienangehörigen des oben genannten Versicherten haben auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung nur Anspruch,

wenn sie nach den Rechtsvorschriften ihres Wohnlandes nicht leistungsberechtigt sind⁽⁵⁾

wenn sie nicht berufstätig sind⁽⁵⁾

5. Der Anspruch beginnt am

6. und besteht

6.1 bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.2 für ein Jahr von dem unter Nummer 5 angegebenen Tag an ⁽⁶⁾

6.3 bis zum vorgesehenen Abschluss der Saisonarbeit, d. h.

6.4 bis einschließlich ⁽⁷⁾

7. Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte des in Feld 3 angeführten Familienangehörigen mit der Nummer, gültig bis

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

8.4 Stempel

8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

B. Eintragungsmitteilung ⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

Die folgenden Familienangehörigen wurden nicht eingetragen:

	Name ⁽³⁾	Vornamen ⁽⁴⁾	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9
9.10

weil

sie nicht anspruchsberechtigt sind

sie schon sachleistungsberechtigt sind

sonstige Gründe:

10. ⁽⁹⁾

Wir haben folgende Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Versicherten bei uns eingetragen

	Name(n) ⁽³⁾	Vorname(n) ⁽⁴⁾	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
10.1
10.2
10.3
10.4
10.5
10.6
10.7
10.8
10.9
10.10	Die Aufwendungen für diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten. Die Berechnung der Pauschbeträge nach Artikel 94 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem			

11.	Europäische Krankenversicherungskarte	
11.1	<input type="checkbox"/>	In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, wie in Feld 7 verlangt.
11.2	<input type="checkbox"/>	Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an den in Feld 3 angeführten Familienangehörigen ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, gültig bis bekannt.

12.	Träger des Wohnorts	
12.1	Bezeichnung:	
12.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
12.3	Anschrift:	
12.4	Stempel	12.5 Datum:
		12.6 Unterschrift:

Hinweise für die Versicherten

- a) Ihre Familienangehörigen haben aufgrund dieses Vordrucks in dem Land, in dem sie wohnen, nach dessen Rechtsvorschriften Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sofern sie nicht bereits aufgrund der genannten Rechtsvorschriften sachleistungsberechtigt sind.
- b) Sie müssen die beiden Ausfertigungen dieses Vordrucks unmittelbar nach Erhalt an Ihre Familienangehörigen senden, die sie **unverzüglich** beim Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorlegen müssen, und zwar:

in **Belgien**: bei der „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;

in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) am Wohnort;

in **Dänemark**: bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;

in **Deutschland**: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;

in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estrnische Krankenkasse).

in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betroffenen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne dass Sachleistungen nicht gewährt werden;

in **Spanien**: bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit);

in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse);

in **Irland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive“ (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);

in **Italien**: in der Regel bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);

in **Zypern**: beim „Υπουργείο Υγείας“ (Gesundheitsministerium, 1448 Lefkosia), Träger für Krankheit und Mutterschaft; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische Krankenversicherungskarte („Cyprus Medical Card“), ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;

in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);

in **Litauen**: bei der „Teritorinį ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;

in **Luxemburg**: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);

in **Ungarn**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);

in **Malta**: bei der „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 John Street, Valletta;

in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;

in **Österreich**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;

in **Polen**: bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);

in **Portugal**: **Mutterland**: beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; **Madeira**: beim „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; **Azoren**: beim „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;

in **Slowenien**: bei der für den Wohnort zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens);

in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);

in **Finnland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);

in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse) am Wohnort;

im **Vereinigten Königreich**: beim „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, oder für Nordirland beim „Department for Social Development“ (Ministerium für soziale Entwicklung), „Overseas Benefits Branch“ (Referat Leistungen für im Ausland wohnende Anspruchsberechtigte), Block 2, Castle Buildings, Belfast;

in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: beim Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;

in **Norwegen**: beim örtlichen „Trygdekontor“ (Versicherungsamt) am Wohnort;

in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG“, Solothurn.

- c) Der Vordruck ist ab dem unter Nummer 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.
- d) Sie bzw. ihre Familienangehörigen haben den Versicherungsträger von jeder Änderung der Verhältnisse zu unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres Wohn- oder Aufenthaltsorts.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur auszufüllen, falls die Bescheinigung auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird.
- (³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁵) Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn der Vordruck für einen irischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
- (⁶) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.
- (⁷) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.
- (⁸) Wird mit dieser Bescheinigung eine frühere Bescheinigung verlängert, braucht der Träger des Wohnorts Teil B nicht auszufüllen.
- (⁹) Entweder Feld 9 oder Feld 10 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
-

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER
KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG**

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer i; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22 Buchstabe a; Artikel 31
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 31 Absätze 1 und 3

Der zuständige Träger oder der Träger des Wohnorts des Versicherten, des Rentners oder des Familienangehörigen steift dem Versicherten, dem Rentner oder dem Familienangehörigen diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder der Rentner ins Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1.	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Versicherten
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Selbständigen
	<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
	<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)

1.1	Name(n) ⁽²⁾ :	
1.2	Vorname(n) ⁽³⁾ :	Geburtsdatum:
1.3	Frühere Namen:	
1.4	Anschrift im zuständigen Land:	
1.5	Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt:	
1.6	Persönliche Kenn-Nr. ⁽⁴⁾ :	

2. Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen

bei Krankheit und Mutterschaft bei außerberuflichem Unfall⁽⁵⁾
in (Staat) weiterzubeziehen,

2.1 wohin sie umzieht,

2.2 wohin sie sich zur Behandlung bei⁽⁶⁾
.....
.....

oder bei jeder ähnlich gearteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt

2.3 wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.

3. Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen
vom bis einschließlich erbracht werden.

4.	Ein Bericht unseres Vertrauensarztes
4.1	<input type="checkbox"/> ist in verschlossenem Umschlag beigelegt.
4.2	<input type="checkbox"/> wurde am an ⁽⁷⁾ gesandt.
4.3	<input type="checkbox"/> kann bei uns angefordert werden.
4.4	<input type="checkbox"/> wurde nicht erstellt.

5.	Zuständiger Träger		
5.1	Bezeichnung:		
5.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
5.3	Anschrift:		
5.4	Stempel	5.5	Datum:
		5.6	Unterschrift:

Hinweise

Die vorliegende Bescheinigung müssen Sie unverzüglich dem Träger der Krankenversicherung des Ortes, in den Sie sich begeben, vorlegen, und zwar:

in **Belgien**: bei der „Mutualité“, „Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;

in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;

in **Dänemark**: beim Sachleistungserbringer, normalerweise beim Arzt für Allgemeinmedizin, der Sie an einen Facharzt überweisen wird;

in **Deutschland**: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;

in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estrnische Krankenkasse);

in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betroffenen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;

in **Spanien**: bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit; Sie müssen den Vordruck sowie eine Fotokopie vorlegen;

in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Ortskrankenkasse);

in **Irland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive“ (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);

in **Italien**: in der Regel bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);

in **Zypern**: beim Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia;

in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);

in **Litauen**: bei der „Teritorinį ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;

in **Luxemburg**: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);

in **Ungarn**: beim Gesundheitsdienstleister;

in **Malta**: bei der Stelle des National Health Service (Staatlicher Gesundheitsdienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Gesundheitszentrum usw.), die die Behandlung durchführt;

in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder im Fall eines vorübergehenden Aufenthalts bei „Agis zorgverzekeringen“, Utrecht;

in **Österreich**: bei der für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;

in **Polen**: bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);

in **Portugal**: **Mutterland**: bei der „Administração Regional de Saúde“ (regionale Gesundheitsverwaltung) des Wohn- oder Aufenthaltsorts; **Madeira**: beim „Centro de Saúde“ (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts; **Azoren**: beim „Centro de Saúde“ (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts;

in **Slowenien**: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;

in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung); für Geldleistungen: beim „Sociálna poisťovňa“ (Sozialversicherungsamt), Bratislava;

in **Finnland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt); der Vordruck ist der kommunalen Gesundheitsversorgungsstelle oder dem öffentlichen Krankenhaus, das die Behandlung übernimmt, vorzulegen;

in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse); der Vordruck ist der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt;

im **Vereinigten Königreich**: beim „Medical Service“ (Ärztlicher Dienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), der die Behandlung durchführt;

in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;

in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal — Iniziazione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn; der Vordruck ist dem Arzt oder dem Krankenhaus vorzulegen, bei dem die Behandlung erfolgt.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Die Vornamen sind in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben.
- (⁴) Bitte geben Sie die Nummer des Versicherten an, wenn der Familienangehörige keine persönliche Kenn-Nummer besitzt.
- (⁵) Von den französischen Trägern anzugeben, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.
- (⁶) Nach Möglichkeit auszufüllen.
- (⁷) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.

ANTRAG AUF GELDLLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 2 und 3; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 2 und 3; Artikel 64

Ist der Vordruck auf einen Erwerbstätigen ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszustellen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder einer Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu senden. Ist er hingegen auf einen Arbeitslosen ausgestellt, sind weitere zwei Ausfertigungen erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

1. Zuständiger Träger

1.1 Bezeichnung:

1.2 Anschrift:

1.3 Kenn-Nr. des Trägers:

2. Arbeitnehmer Selbständiger Arbeitsloser

2.1 Name(n)⁽²⁾: Geburtsname (falls abweichend):

2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

2.3 Persönliche Kenn-Nr.:

2.4 Inhaber des am ausgestellten Vordrucks E 119⁽³⁾
und eines am ausgestellten Vordrucks E 303⁽³⁾

3. Arbeitgeber⁽⁴⁾

3.1 Name des Arbeitgebers oder Firma:

3.2 Anschrift:

A. ⁽⁵⁾ Antrag auf Leistungen

4. Der in Feld 2 Genannte hat am (Datum)
Geldleistungen beantragt wegen

stationärer Behandlung vom bis (Daten) in einem Krankenhaus oder in einem Präventions- oder Rehabilitationszentrum⁽⁶⁾

Arbeitsunfähigkeit
infolge

4.1 Krankheit Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung:)

Arbeitsunfall Unfall am (Datum)

Berufskrankheit Adoption gekürzter Vergütung im Falle von Mutterschaft und Adoption

5. Die Bescheinigung des behandelnden Arztes
 ist beigefügt. konnte nicht vorgelegt werden.

6.	Laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,	<input type="checkbox"/> dessen Bericht beigefügt wird,
		<input type="checkbox"/> dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,
6.1	<input type="checkbox"/> hat die Arbeitsunfähigkeit am begonnen und dauert voraussichtlich bis	
6.2	<input type="checkbox"/> liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor ⁽⁷⁾	

7. Der Genannte erfüllt aus folgenden Gründen nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften:
.....
.....

- 8. Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrscheinlich durch einen von einem Dritten verschuldeten Unfall verursacht.
- 8.1 Die Arbeitsunfähigkeit war auf andere besondere Umstände zurückzuführen, wie in den beigefügten Unterlagen erläutert.
- 8.2 Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt.
- 8.3 Weitere Unterlagen zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind diesem Vordruck beigefügt.
- 9. Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen, und bitten Sie, falls Sie damit einverstanden sind, um Mitteilung aller zweckdienlichen Angaben⁽⁸⁾.
- 10. Wir sind nicht bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen.

B. ⁽⁵⁾ Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit

11.	Unter Bezug auf	
11.1	<input type="checkbox"/> unseren Vordruck E 115 vom	(Datum)
11.2	<input type="checkbox"/> Ihren Vordruck E 117 vom	(Datum)
11.3	teilen wir mit, dass der in Feld 2 Genannte laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,	
	<input type="checkbox"/> dessen Bericht beigefügt wird,	
	<input type="checkbox"/> dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,	
	voraussichtlich noch bis einschließlich arbeitsunfähig ist.	

12.	Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts	
12.1	Bezeichnung:	
12.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
12.3	Anschrift:	
	
12.4	Stempel	Datum:
		12.5
		12.6
		Unterschrift:
	

Hinweise

In Italien ist dieser Vordruck bei Krankheit oder Mutterschaft bei der örtlichen Geschäftsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale — INPS“ (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge), bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit beim „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL“ (Unfallversicherungsanstalt) einzureichen.

Soweit bei den Niederlanden der zuständige Krankenversicherungsträger nicht bekannt ist, ist der Vordruck an UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam, zu senden.

In Slowenien ist dieser Vordruck im Fall von Geldleistungen bei Mutterschaft beim zuständigen „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke“ (Zentrum für Sozialarbeit Ljubljana Bežigrad — zentrale Einheit für Elternschutz und Familienleistungen) einzureichen und im Fall von Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens).

ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (2) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (3) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt.
- (4) Bei einem Arbeitslosen ist der letzte Arbeitgeber einzutragen.
- (5) Nur Teil A oder Teil B ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
- (6) Für Personen, die bei einer deutschen Krankenkasse oder bei einem österreichischen oder belgischen Träger versichert sind: Wenn der Sozialversicherungsträger des Wohnortes den genauen Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ausstellung dieses Vordrucks nicht kennt, ist diese Information so bald wie möglich nachzureichen.
- (7) Eine Kopie des an den Versicherten gerichteten Vordrucks E 118 ist beizufügen.
- (8) Wenn der Vordruck für einen deutschen, italienischen, ungarischen oder polnischen Träger bestimmt ist, darf dieses Kästchen nicht angekreuzt werden.

**ÄRZTLICHER BERICHT BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT
(KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT, ARBEITSUNFALL, BERUFSKRANKHEIT)**

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; 1 Buchstabe b Ziffer ii; 1 Buchstabe c Ziffer ii;
Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; 1 Buchstabe b Ziffer ii und 1 Buchstabe c Ziffer ii
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 2 und 3; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 2 und 3; Artikel 64; Artikel 65 Absätze 2 und 4

Vom Arzt des Trägers auszufüllen, der den Vordruck E 115 ausstellt, und diesem Vordruck bei Krankheit/Mutterschaft in verschlossenem Umschlag als Anlage beizufügen⁽²⁾.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

1.	Zuständiger Träger, an den der Vordruck gerichtet wird
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Unser Vordruck E 116 vom (Datum)

2. Anlage zu Vordruck E 115 vom (Datum)

3.	Der Betreffende
3.1	Name(n) ⁽³⁾ :
3.2	Geburtsname(n) (falls abweichend):
3.3	Vorname(n): Geburtsdatum:
3.4	Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland:
3.5	Persönliche Kenn-Nr.:

4. Ich, Dr. med,
habe den Obengenannten
am untersucht

4.1 und bin der Auffassung, dass
 Krankheit Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung:)
4.2 wahrscheinlich

Arbeitsunfall Berufskrankheit Unfall

4.3 Rückfall oder Verschlimmerung
vorliegt.

A. Allgemeiner Bericht

5. In allen Fällen auszufüllen

5.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome:

5.2 Klinischer Befund:

5.3 Sonstige Angaben:

5.4 Besondere Untersuchungen ⁽⁴⁾:

5.5 Diagnose:

5.6 Ergebnis:

5.7 Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.

5.8 Arbeitsunfähigkeit anerkannt
vom bis

5.9 Der Betreffende wird als teilweise arbeitsunfähig befunden, und zwar zu
(..... %) vom bis ⁽⁵⁾

5.10 Der Betreffende wird nachuntersucht am

5.11 Der Betreffende ist arbeitsfähig ab

B. Berichte bei Arbeitsunfall

6. Erster ärztlicher Bericht

6.1 Der Unfall hat folgende Verletzungen verursacht ⁽⁶⁾:

6.2 Diese Verletzungen haben zur Folge gehabt: werden zur Folge haben ⁽⁷⁾:
.....

6.3 Die Arbeitsunfähigkeit hat begonnen am

6.4 Der Unfallverletzte wird behandelt
 zu Hause in der Sprechstunde
 im Krankenhaus andernorts
Anschrift ⁽⁸⁾:
.....

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI MUTTERSCHAFT UND ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 6 und 8; Artikel 24; Artikel 26 Absatz 7; Artikel 61 Absätze 6 und 8; Artikel 64

Dieser Vordruck ist vom zuständigen Träger auszufüllen und dem Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes zu übersenden. Werden die Geldleistungen vom Träger des Wohnorts gezahlt, muss der zuständige Träger auch den Arbeitnehmer davon unterrichten.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst zwei Seiten.

1. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:

2. Bezug: Ihr Vordruck E 115 vom (Datum)

3. Arbeitnehmer Selbständiger Arbeitsloser

3.1 Name(n)⁽²⁾: Geburtsname(n) (falls abweichend)

3.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland:

3.4 Persönliche Kenn-Nr.:

4. Die in Feld 3 genannte Person

- 4.1 hat vorläufig, vorbehaltlich etwaiger Verlängerung, vom bis Anspruch auf Geldleistungen
- 4.2 hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118
- 4.3 hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab (Datum)
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118

5. Diese Leistungen werden gezahlt⁽³⁾

- 5.1 von uns
- 5.2 von Ihnen für unsere Rechnung⁽⁴⁾
- 5.3 vom Arbeitgeber⁽⁵⁾
vom bis⁽⁶⁾

6. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

6.1 Die Geldleistung ist für alle Wochentage zu zahlen, außer
 Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

6.2 Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt
.....⁽⁹⁾ netto, wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird,
.....⁽⁹⁾ netto, wenn der Versicherte stationär behandelt wird

6.3 Werden die Geldleistungen für einen Monat geschuldet, so werden sie unabhängig davon, ob der Monat mehr oder weniger als 30 Tage hat, für 30 Tage gewährt.

7. Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses

7.1 einer Untersuchung⁽¹⁰⁾:

7.2 einer verwaltungsmäßigen Überprüfung:

7.3 einer erneuten Nachuntersuchung um den (Datum)

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

.....

8.4 Stempel 8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.

(2) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(3) Nicht anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt, für den ein Vordruck E 119 ausgestellt wurde.

(4) Der zuständige Träger kann hier die Zahlungsweise angeben.

(5) Ist dieser Vordruck an einen französischen, italienischen, polnischen oder ungarischen Träger gerichtet, muss dieses Kästchen nicht angekreuzt werden.

(6) Von dänischen, deutschen, luxemburgischen, polnischen, ungarischen und slowakischen Trägern auszufüllen.

(7) Von deutschen, luxemburgischen, polnischen, slowakischen und spanischen Trägern auszufüllen.

(8) Nur in dem unter 5.2 genannten Fall auszufüllen.

(9) In Landeswährung anzugeben.

(10) Die Art der gewünschten ärztlichen Untersuchung ist anzugeben (Röntgenaufnahme, Analyse von ... usw.).

MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; Buchstabe b Ziffer ii; Buchstabe c Ziffer ii; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b.; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii, Buchstabe b Ziffer ii und Buchstabe c Ziffer ii

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 4 und 6; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 4 und 6; Artikel 64

Für Erwerbstätige füllt der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes (oder der zuständige Träger) den Vordruck in zweifacher Ausfertigung aus, von denen er einen an den Erwerbstätigen und den anderen an den Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung oder der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten des zuständigen Staates (des Wohn- oder Aufenthaltsorts) sendet. Bei Arbeitslosen sind außer den beiden genannten Ausfertigungen, von denen eine für den Arbeitslosen bestimmt ist, zwei weitere erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst 5 Seiten einschließlich Anlage, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1.	Der Berechtigte	
1.1	Name(n):	Geburtsname(n) (falls abweichend):
1.2	Vorname(n):	Geburtsdatum:
1.3	Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland:	
1.4	Persönliche Kenn-Nr.:	

2.	<input type="checkbox"/> Zuständiger Träger	<input type="checkbox"/> Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts
2.1	Bezeichnung:	
2.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
2.3	Anschrift:	

3. Nach dem uns bekannt gewordenen Sachverhalt

Nach der von unserem Arzt am (Datum)
vorgenommenen Nachuntersuchung

3.1 sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig

3.2 haben Sie Anspruch auf eine Teilentschädigung in Höhe von (2)
ab (Datum)

3.3 sind Sie arbeitsfähig.

3.4 war Ihre Arbeitsunfähigkeit am beendet (3)

3.5 Der letzte Tag, für den Ihnen Geldleistungen gezahlt werden, ist

3.6 Der zuständige Träger entscheidet, welches der letzte Tag für den Bezug von Geldleistungen sein wird.

3.7 Sie haben keinen Anspruch auf Leistungen, weil

4.	<input type="checkbox"/> Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts	<input type="checkbox"/> Zuständiger Träger
4.1	Bezeichnung:	
4.2	Kenn-Nr. des Trägers:	
4.3	Anschrift:	
4.4	Stempel	4.5 Datum:
		4.6 Unterschrift:

Hinweise für den Arbeitnehmer/Selbständigen/Arbeitslosen

Falls Sie mit der auf diesem Vordruck mitgeteilten Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie diese anfechten. Näheres zu Rechtsbehelfen und Rechtsbehelfsfristen entnehmen Sie bitte der Anlage. Hinsichtlich der Rechtsbehelfe und Fristen müssen Sie sich an die für den jeweils zuständigen Staat angegebenen Weisungen halten.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur dann auszufüllen, wenn der zuständige Träger den Vordruck ausstellt. Angeben, ob es sich um einen Tages-, Wochen- oder Monatsbetrag handelt.
- (³) Letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit eintragen.
-

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absatz 4; Artikel 61 Absatz 4

1. Belgien

Sollten Sie mit vorliegender Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie binnen drei Monaten vom Tage der Zustellung an bei der Geschäftsstelle des zuständigen Arbeitsgerichts eine schriftliche Beschwerde mit Datum und Unterschrift abgeben oder als Einschreiben an diese Stelle richten.

Zuständiges Arbeitsgericht ist:

- a) wenn Sie in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren Wohnsitz zuständigen Gerichtsbezirks;
b) wenn Sie nicht oder nicht mehr in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Wohnsitz oder Wohnort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks;
c) wenn Sie nicht in Belgien gewohnt haben, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Beschäftigungsort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks.

2. Tschechische Republik

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen drei Tagen nach dessen Zustellung bei der in Feld 2 oder 4 des Vordrucks genannten zuständigen tschechischen Stelle Widerspruch einlegen. Die Modalitäten und die Widerspruchsfrist finden sich im Bescheid.

3. Dänemark

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheids Einspruch erheben bei: „Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget“ (Sozialbeschwerdeamt Tagegeldausschuss), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Kopenhagen K.

4. Deutschland

Der beiliegende Verwaltungsakt wird rechtskräftig, wenn Sie nicht innerhalb von drei Monaten nach seiner Bekanntgabe schriftlich bei dem nachstehend aufgeführten deutschen Träger Widerspruch erheben:

Bezeichnung:
Anschrift:
.....
.....

5. Estland

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 30 Tagen bei der „Eesti Haigekassa“, Lembitu 10, Tallinn 10114, Widerspruch einlegen.

6. Griechenland

Falls Sie mit der beiliegenden Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie binnen 30 Tagen nach Erhalt derselben Widerspruch einlegen bei:

Bezeichnung:
Anschrift:
.....
.....

7. Spanien

Gegen den beiliegenden Bescheid können Sie binnen 30 Werktagen nach seiner Zustellung bei nachstehendem Träger Widerspruch einlegen:

Bezeichnung:
Anschrift:
.....
.....

8. Frankreich

Falls Sie die vorliegende Entscheidung anfechten wollen, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt dieser Mitteilung Widerspruch beim leitenden Arzt der nachgenannten „Caisse primaire d’assurance-maladie“ (Krankenkasse) einlegen:

Bezeichnung:
Anschrift:
.....
.....

9. Irland

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie beim „Social Welfare Appeals Office (Beschwerdeamt für Sozialfürsorge), D’Olier House, D’Olier Street, Dublin 2, ein Gesuch einreichen. Ein solches Gesuch ist binnen 21 Tagen nach Empfang dieses Bescheides einzureichen.

10. Italien

Beschwerde gegen INPS-Entscheidungen (Krankheit und Mutterschaft)

Gegen INPS-Entscheidungen können Sie innerhalb von 90 Tagen nach Zustellung des betreffenden Bescheids Widerspruch beim zuständigen Provinzausschuss einlegen.

Ferner können Sie innerhalb eines Jahres nach Zustellung der Ausschussentscheidung bzw. 90 Tage nach Einlegung des Widerspruchs, falls der Ausschuss keine Entscheidung getroffen hat, vor Gericht klagen.

Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

Gegen INAIL-Entscheidungen können Sie der INAIL binnen 60 Tagen nach Erhalt des Ihnen zugestellten Bescheides mittels Einschreibens mit Rückschein oder Zustellungsurkunde die Gründe mitteilen, derentwegen Sie den erhaltenen Bescheid für unzutreffend halten, wobei Sie im Fall dauernder Arbeitsunfähigkeit die Entschädigungsmaßnahme näher angeben müssen, die sie für richtig halten, und in jedem Fall ein ärztliches Zeugnis beifügen, aus dem die Ihre Forderung berechtigenden Gründe ersichtlich sind.

Erhalten Sie aufgrund Ihres Widerspruchs binnen 60 Tagen nach dessen Eingang keine Antwort oder ist die Antwort für Sie unbefriedigend, so können Sie vor dem ordentlichen Gericht gegen die INAIL Klage erheben.

Ihren Widerspruch können Sie unmittelbar bei der INAIL oder über den für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Träger einreichen.

11. Zypern

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie gegen diesen binnen 15 Tagen vom Tage der Zustellung an beim Minister für Arbeit und Sozialversicherung Widerspruch einlegen. Falls Sie mit der Entscheidung des Ministers nicht einverstanden sind, können Sie diese binnen 75 Tagen vom Tage der Zustellung an beim Supreme Court anfechten.

12. Lettland

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind können Sie binnen eines Monats nach Erhalt desselben Widerspruch einlegen bei:

Bezeichnung:
Anschrift:
.....

13. Litauen

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen eines Monats nach dessen Zustellung beim Ausschuss für Verwaltungsstreitsachen Widerspruch einlegen.

14. Luxemburg

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 40 Tagen nach Zustellung des Bescheides beim „Conseil arbitral des assurances sociales“ (Schiedsausschuss der Sozialversicherungen) in Luxemburg eine Grundsatzbeschwerde einreichen.

15. Ungarn

Wenn Sie mit der beiliegenden Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie eine Entscheidung der zuständigen ungarischen Stelle beantragen (Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118). Der Widerspruch ist binnen 15 Tagen nach Zustellung des Bescheids des zuständigen Trägers einzureichen.

16. Malta

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 30 Tagen nach dessen Zustellung beim „Department of Social Security“, Valletta, Widerspruch einlegen

17. Niederlande

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb einer angemessenen kurzen Frist bei dem (in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 bezeichneten) zuständigen niederländischen Träger einen beschwerdefähigen Bescheid anfordern, in dem die Rechtsbehelfe und Rechtsbehelfsfristen angegeben sind.

18. Österreich

Wenn Sie mit dem beigefügten Bescheid (Vordruck E 118) nicht einverstanden sind, können Sie um eine Entscheidung des in Feld 2 oder 4 des genannten Vordrucks angeführten zuständigen österreichischen Trägers ersuchen, der Sie dann die Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf entnehmen können.

19. Polen

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie die für den Geschäftssitz des Arbeitgebers zuständige Stelle der „Zakład Ubezpieczeń Społecznych — ZUS“ (Sozialversicherungsanstalt — ZUS) und — im Falle von Landwirten — die Regionalstelle der „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS“ (Sozialversicherungskasse für die Landwirtschaft — KRUS) um eine Entscheidung ersuchen. Diese Stelle erlässt den Bescheid über die Leistungsberechtigung und erteilt Ihnen Auskunft über die Möglichkeiten, dagegen Rechtsbehelfe einzulegen

20. Portugal

- bei Nichtanerkennung einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von acht Tagen nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei der „Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde“ (Einrichtungsausschuss der Regionalgesundheitsverwaltung) einlegen oder
- bei Abweisung eines Antrags auf Geldleistungen aus Verwaltungsgründen innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Bescheids Rechtsbehelf beim „Tribunal Administrativo de Circulo“ (Bereichsverwaltungsgericht) einlegen. Falls Sie außerhalb Portugals wohnen, beträgt diese Frist vier Monate nach Zustellung des Bescheids.

21. Slowenien

Sollten Sie mit dem vorliegenden Bescheid nicht einverstanden sein, können Sie binnen 30 Tagen nach Zustellung des Bescheids beim Arbeits- und Sozialgericht in Ljubljana, Komenskega 7, Klage erheben.

22. Slowakei

Falls Sie mit den Feststellungen nicht einverstanden sind und in dieser Sache noch keine Entscheidung ergangen ist, können Sie bei der zuständigen Zweigstelle der Sozialversicherung einen solchen Bescheid beantragen. Binnen 15 Tagen nach Erlass des Bescheids der örtlichen Zweigstelle können Sie bei der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherung dessen Überprüfung beantragen. Der Bescheid der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt über Leistungen ist endgültig; Sie können jedoch binnen zwei Monaten nach Erlass des Bescheids beim zuständigen Regionalgericht Klage gegen diesen einreichen.

Gegen Entscheidungen der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherung in anderen, nicht die Leistungen betreffenden Angelegenheiten können Sie binnen 30 Tagen nach Erlass beim zuständigen Regionalgericht Klage auf Abänderung einreichen. Die Anschrift der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt ist: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finnland

Wenn Sie den beiliegenden Bescheid anfechten wollen, können Sie binnen 30 Tagen nach dessen Zustellung Widerspruch entweder bei dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten finnischen Versicherungsträger oder bei dem ebenfalls in einem der genannten Felder angegebenen, Ihrem Wohnort am nächsten gelegenen Versicherungsträger einlegen.

24. Schweden

Sie können innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten zuständigen schwedischen Träger einlegen. In dem Widerspruch ist darzulegen, warum Sie die Entscheidung für ungerechtfertigt halten.

25. Vereinigtes Königreich

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 28 Tagen nach Zustellung des Bescheids beim Pension Service (Rentenstelle), International Pension Centre (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, bzw. bei der Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland), Belfast, Widerspruch einlegen.

26. Island

Wenn Sie den beiliegenden Bescheid anfechten wollen, können Sie beim Landessozialversicherungsamt in Reykjavik Widerspruch einlegen.

27. Liechtenstein

- a) **Betreffend Krankenversicherung:** Wenn Sie mit einer Entscheidung einer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie einen förmlichen Bescheid verlangen, der die Begründung und die Rechtsbehelfsbelehrung enthalten muss. Innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung dieses förmlichen Bescheids können Sie ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen.
- b) **Betreffend Unfallversicherung:** Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung bei dem betreffenden Unfallversicherer die Überprüfung seines Bescheids verlangen. Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie ebenfalls innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen. Dies gilt auch für die Entscheidung des Unfallversicherers zu dem oben erwähnten Überprüfungsbegehren.

28. Norwegen

Ein Widerspruch gegen einen norwegischen Bescheid muss dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten Träger binnen sechs Wochen nach Zustellung des Bescheids übermittelt werden.

29. Schweiz

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 30 Tagen nach dessen Zustellung beim Träger Widerspruch einlegen. Die Widerspruchsentscheidung enthält eine Belehrung über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen.

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH DES RENTENANTRAGSTELLERS UND SEINER FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF
SACHLEISTUNGEN**

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 26 Absatz 1

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 28

Der zuständige Träger füllt Teil A des Vordrucks aus, der dem Antragsteller in zwei Ausfertigungen auszuhändigen ist, der diese wiederum dem Wohnortträger vorlegen muss. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den in Feld 6 genannten Träger. Beide Ausfertigungen sind gegebenenfalls zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 5 und Feld 6 ausfüllen muss.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts⁽²⁾

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:
.....

1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2. Rentenantragsteller

2.1 Name(n)⁽³⁾: Geburtsname(n) (falls abweichend):

2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

2.3 Anschrift im Wohnland:
.....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.:

3. Vom Träger auszufüllen, bei dem der Rentenanspruch gestellt wurde

3.1 Die oben genannte Person hat am
Antrag auf folgende Rente gestellt

Alter Invalidität Hinterbliebene
 Arbeitsunfall Berufskrankheit

3.2 Die Prüfung dieses Antrags ergibt, dass der Genannte eine Rente zu unseren Lasten erhalten kann.

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat

4.1 Bezeichnung:

4.2 Kenn-Nr. des Trägers:

4.3 Anschrift:
.....

4.4 Stempel 4.5 Datum:
4.6 Unterschrift:
.....

5. Auszufüllen von dem Träger, bei dem der Rentenanspruch gestellt wurde, oder von dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung des Staates, in dem der Antrag gestellt wurde

5.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers:

5.2 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit/Mutterschaft

5.3 vom an bis zum Widerruf dieser Bescheinigung

5.4 ein Jahr lang ab dem (Datum)

6. Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung:

6.2 Kenn-Nr. des Trägers:

6.3 Anschrift:

6.4 Stempel

6.5 Datum:

6.6 Unterschrift:

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7. (4)

7.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen wurden nicht eingetragen.
Grund:

8. (4)

8.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen wurden am (Datum) eingetragen.

9. Eingetragene Familienangehörige

9.1	Name(n) ⁽³⁾	Vorname(n)	Geschlecht		Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
			w	m		
9.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung:

10.2 Kenn-Nr. des Trägers:

10.3 Anschrift:

10.4 Stempel

10.5 Datum:

10.6 Unterschrift:

Hinweise für die Versicherten

- a) Aufgrund dieser Bescheinigung haben Sie und Ihre Familienangehörigen im Wohnland Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft.
- b) Die in Ihrem Besitz befindlichen beiden Ausfertigungen des Vordrucks sind so bald wie möglich einem der nachstehend genannten Versicherungsträger vorzulegen:
- in **Belgien**: bei der „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;
 - in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) am Wohnort;
 - in **Zypern**: beim Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zypriische Krankenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;
 - in **Dänemark**: bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;
 - in **Deutschland**: bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl;
 - in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;
 - in **Spanien**: bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohn- oder Aufenthaltsorts; wenn Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an die Ärzte- und Krankenhausdienste des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit wenden; Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;
 - in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estnische Krankenkasse);
 - in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Ortskrankenkasse);
 - in **Irland**: beim „Health Board“ (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;
 - in **Italien**: bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);
 - in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);
 - in **Litauen**: bei der „Teritorinė ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse); Leistungen ärztlicher Dienste können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
 - in **Luxemburg**: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);
 - in **Ungarn**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);
 - in **Malta**: beim „Ministry of Health“ (Ministerium für Gesundheit), Valetta;
 - in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;
 - in **Österreich**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;
 - in **Polen**: bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);
 - in **Portugal: Mutterland**: beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; **Madeira**: beim „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; **Azoren**: beim „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;
 - in **Slowenien**: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens) des Wohnorts;
 - in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);
 - in **Finnland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);
 - in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse) des Wohnorts; Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
 - in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;
 - in **Liechtenstein**: beim „Amt für Volkswirtschaft“, Vaduz;
 - in **Norwegen**: beim „lokale Trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt) des Wohnorts;
 - in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal — Iniziativa comune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn.
- c) Den Versicherungsträger, dem Sie die Bescheinigung vorgelegt haben, müssen Sie von jeglicher Änderung unterrichten, durch die sich Ihr Sachleistungsanspruch ändern könnte, insbesondere von der Gewährung der beantragten Rente sowie von jeder Änderung Ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes oder des Wohn- oder Aufenthaltsortes eines Ihrer Familienangehörigen.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnort der Rentenantragsteller im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.
- (³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Entweder Feld 7 oder Feld 8 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND IHRER FAMILIENANGEHÖRIGEN
UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE**

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 29 Absätze 1, 2 und 3; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 95 Absatz 4

Der Träger, der nach Artikel 29 Absatz 2 oder Artikel 30 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die Bescheinigung ausstellen muss, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten oder seinem Familienangehörigen aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Beide Ausfertigungen sind gegebenenfalls zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 6 und Feld 7 ausfüllen muss. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung je Rentner oder Familienangehöriger an den in Feld 7 genannten Träger.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst vier Seiten.

A. Anspruchsbestätigung

1.	Träger des Wohnorts ⁽²⁾
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2.	Rentenberechtigter	
2.1	Name(n) ⁽³⁾ :	Geburtsname(n) (falls abweichend):
2.2	Vorname(n):	Geburtsdatum:
2.3	Anschrift im Wohnland:	
2.4	Datum der Wohnsitzverlegung:	
2.5	Persönliche Kenn-Nr.:	
2.6	Der Rentner war	
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	
	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Arbeitnehmer)	
	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Selbständiger)	
	<input type="checkbox"/> Arbeitsloser	

3.	Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen		
3.1	Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen		
	<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	
3.2	seit		

4.	Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat ⁽⁴⁾		
4.1	Bezeichnung:		
4.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
4.3	Anschrift:		
4.4	Stempel	4.5	Datum:
		4.6	Unterschrift:

5. Familienangehöriger des Rentners

5.1 Name(n)⁽³⁾: Geburtsname(n) (falls abweichend)⁽³⁾:

5.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

5.3 Anschrift im Wohnland:

5.4 Persönliche Kenn-Nr.:

5.5 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung:

6. Auszufüllen vom rentenpflichtigen Träger oder vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung des rentenpflichtigen Staates⁽⁵⁾

6.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers:

6.2 Die in Feld 2 genannte Person
 Die in Feld 5 genannte Person
hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom an

6.3 Die in dem Staat, in dem diese Person wohnt — also in einem anderen als dem zuständigen Staat — zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten

6.4 vom an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.5 ein Jahr vom an⁽⁶⁾

6.6 Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E vom ungültig

7. Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte der in Feld 2 oder 5 angeführten Person mit der Nummer, gültig bis

8. Träger, der Feld 6 ausgefüllt hat⁽⁴⁾

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

8.4 Stempel 8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9. ⁽⁷⁾

9.1 Die in Feld 2 genannte Person
 Die in Feld 5 genannte Person
wurde bei uns nicht eingetragen

9.2 weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist

9.3 sonstige Gründe:

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person <input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen
10.2	<input type="checkbox"/> Diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten; die Berechnung des Pauschbetrags nach Artikel 95 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem

11.	Europäische Krankenversicherungskarte
11.1	<input type="checkbox"/> In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, wie in Feld 7 verlangt.
11.2	<input type="checkbox"/> Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an die in Feld 2 oder 5 angeführte Person ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, gültig bis bekannt.

12.	Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder des Familienangehörigen		
12.1	Bezeichnung:		
12.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
12.3	Anschrift:		
12.4	Stempel	12.5	Datum:
		12.6	Unterschrift:

Hinweise für Rentner und Familienangehörige

Die beiden Ausfertigungen dieser Bescheinigung müssen Sie so bald wie möglich dem Versicherungsträger vorlegen:

in **Belgien**: bei der „Mutualité“, „Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;

in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) am Wohnort;

in **Zypern**: beim Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zypriische Krankenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;

in **Dänemark**: bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;

in **Deutschland**: bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl;

in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die der betreffenden Person ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;

in **Spanien**: bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts;

in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estrnische Krankenkasse);

in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse);

in **Irland**: beim „Health Board“ (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;

in **Italien**: bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);

in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);

in **Litauen**: bei der „Teritorinė ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse);

in **Luxemburg**: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);

in **Ungarn**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);

in **Malta**: bei der „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 St. John Street, Valletta;

in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;

in **Österreich**: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;

in **Polen**: bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);

in **Portugal**: Mutterland: beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; Madeira: beim „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; Azoren: beim „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;

in **Slowenien**: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens) des Wohnorts;

in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);

in **Finnland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);

in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse) des Wohnorts;

in **Island**: bei der „Tryggingastofnun rikisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: beim „Amt für Volkswirtschaft“, Vaduz;

in **Norwegen**: beim „lokale Trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt) des Wohnorts;

in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnt der Rentner oder der Familienangehörige des Rentners im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.
- (³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) In Ungarn ist dieses Feld vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung auszufüllen.
- (⁵) In Italien sind Feld 6 und 7 von der ASL — Azienda sanitaria locale (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung) oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.
- (⁶) Falls der von einem deutschen, französischen, ungarischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellte Vordruck einen Familienangehörigen betrifft.
- (⁷) Entweder Feld 8 oder Feld 9 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN DER VERSICHERUNG GEGEN ARBEITSUNFÄLLE UND
BERUFSSKRANKHEITEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 52 Buchstabe a; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i; Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 60 Absatz 1; Artikel 62 Absätze 4 und 6; Artikel 63 Absätze 1 und 3

Wurde der Vordruck vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Versicherten mittels Vordrucks E 107 angefordert, ist er an diesen Träger zu senden; anderenfalls ist er dem Versicherten auszuhändigen.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

1.	Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts ⁽²⁾
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2.	Versicherter
2.1	Name(n) ⁽³⁾ :
2.2	Geburtsname(n) (falls abweichend):
2.3	Vorname(n): Geburtsdatum:
2.4	Persönliche Kenn-Nr.:
2.5	Der Versicherte ist <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Grenzgänger (Arbeitnehmer) <input type="checkbox"/> Grenzgänger (selbständig) <input type="checkbox"/> arbeitslos

3.	Aufgrund
3.1	<input type="checkbox"/> Ihres Vordrucks E 107 vom
3.2	<input type="checkbox"/> des am eingetretenen Arbeitsunfalls mit nachstehend bezeichneten Folgen:
3.3	<input type="checkbox"/> der am festgestellten Berufskrankheit mit nachstehend bezeichneten Folgen:
3.4	<input type="checkbox"/> der dem Betroffenen von uns erteilten Genehmigung zum Weiterbezug von Sachleistungen in: (Land), wohin er sich begibt, <input type="checkbox"/> wohin er umzieht, <input type="checkbox"/> wo er sich behandeln lässt,

4. können dem Genannten Sachleistungen gewährt werden wegen
 Arbeitsunfalls Berufskrankheit

4.1 für die in den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vorgesehene Dauer:

4.2 vom bis

4.3 für höchstens drei Monate

4.4 zeitlich unbegrenzt

5. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

5.1 ist in verschlossenem Umschlag beigelegt

5.2 wurde am an⁽⁴⁾ übersandt

5.3 kann bei uns angefordert werden

5.4 wurde nicht erstellt

6. Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung:

6.2 Kenn-Nr. des Trägers:

6.3 Anschrift:

6.4 Stempel 6.5 Datum:

6.6 Unterschrift:

Hinweise für die Versicherten

Sie müssen diese Bescheinigung unverzüglich dem Versicherungsträger des Landes, in dem Sie sich aufhalten, vorlegen und zwar:

in **Belgien**:

- a) bei Sachleistungen wegen Krankheit oder eines Nichtberufsunfalls: der „Mutualité“/„Mutualiteit“ (örtliche Krankenkasse) Ihrer Wahl;
 b) bei Sachleistungen wegen einer Berufskrankheit: dem „Fonds des maladies professionnelles“ (Kasse für Berufskrankheiten), 1210 Brüssel;

in der **Tschechischen Republik**: bei der zuständigen „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse);

in **Zypern**: beim „Υπουργείο Υγείας“ (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zypriische Krankenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;

in **Dänemark**: Für die Behandlung durch einen Arzt oder Zahnarzt wenden Sie sich an einen dem öffentlichen Gesundheitsdienst angeschlossenen Arzt für Allgemeinmedizin oder Zahnarzt. Personen, die eine Notfallbehandlung im Krankenhaus benötigen, können sich direkt in ein öffentliches Krankenhaus begeben;

in **Deutschland**: bei dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Unfallversicherungsträger;

in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betroffenen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;

in **Spanien**: bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der sozialen Sicherheit; Sie müssen den Vordruck sowie eine Fotokopie vorlegen;

in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estnische Krankenkasse);

in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Ortskrankenkasse);

in **Irland**: beim „Health Board“ (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;

in **Italien**:

- a) für Sachleistungen bei der gebietsmäßig zuständigen „Azienda sanitaria locale — ASL“ (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung); für Seeleute und für das fliegende Personal der Zivilluftfahrt beim „Ministero della sanità“ (Gesundheitsministerium) — „Ufficio di sanità marittima o aerea“ (gebietsmäßig zuständiges Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);

- b) für Körperersatzstücke, größere Hilfsmittel, rechtsmedizinische Leistungen, ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen bei der Provinzgeschäftsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL“ (Staatliche Unfallversicherungsanstalt);

- in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);
- in **Litauen**: bei der „Teritorinė ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse); Leistungen ärztlicher Dienste können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
- in **Luxemburg**: bei der „Association d'assurance contre les accidents“ (Unfallversicherungsverband) in Luxemburg;
- in **Ungarn**: bei der zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);
- in **Malta**: bei der „Entitlement Unit“, 23 St. John Street, Valletta, CMR02.
- in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse; oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei „Agis Zorgverzekeringen“ (Allgemeiner Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit), Utrecht; Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die „Agis zorgverzekeringen“ zu wenden;
- in **Österreich**: bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse“ oder bei der „Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Wien“;
- in **Polen**: bei der für den Aufenthaltsort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);
- in **Portugal**: beim „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais“ (Staatliche Anstalt zum Schutz gegen Berufsrisiken), Lissabon;
- in **Slowenien**: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;
- in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);
- in **Finnland**: beim „Tapaaturmavakuustuslaitosten Liitto“ (Allgemeiner Unfalversicherungsverband);
- in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse); Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
- im **Vereinigten Königreich**: beim „Medical Service“ (Ärztlicher Dienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), der die Behandlung durchführt;
- in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;
- in **Liechtenstein**: beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;
- in **Norwegen**: beim „lokale trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt); Leistungen können ohne vorherige Benachrichtigung des Trägers in Anspruch genommen werden;
- in der **Schweiz**: bei der „Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio“, Luzern. Sachleistungen (Krankenhaus, Arzt, Apotheke) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohnlandes ausgestellt wird. Begibt sich der Versicherte ins Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.
- (³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.

ANTRAG AUF STERBEGELD

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 65
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 78

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

1.	Ich, der Unterzeichnete	
1.1	Name(n) ⁽²⁾ :	Geburtsname(n) (falls abweichend):
1.2	Vorname(n):	Geburtsdatum:
1.3	Persönliche Kenn-Nr.:	
1.4	Träger, bei dem ich versichert bin ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :	
1.5	Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen:	
1.6	Anschrift:	

2. beantrage Sterbegeld aus Anlass des Todes folgender Person⁽⁵⁾:

3.		
3.1	Name(n):	Geburtsname(n) (falls abweichend):
3.2	Vorname(n):	Geburtsdatum:
3.3	Persönliche Kenn-Nr.:	
3.4	Todestag:	
3.5	Todesursache: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Handlung eines Dritten <input type="checkbox"/> sonstige Ursache	
3.6	Träger, bei dem der Verstorbene versichert war ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :	

4. Der Antragsteller wurde wurde nicht von dem Verstorbenen unterhalten

5. Der Verstorbene wurde wurde nicht vom mir unterhalten

6. Dem Verstorbenen wurde wurde nicht gegen Vergütung Unterkunft gewährt

vom Sterbegeldantragsteller

in einer Anstalt, in der der Sterbegeldantragsteller Geschäftsführer, Mitarbeiter oder Mitbewohner ist⁽⁶⁾

7. Der Sterbegeldantragsteller ist ist kein Inhaber eines Bestattungsunternehmens, Beauftragter
 Der Sterbegeldantragsteller ist ist keine oder Bevollmächtigter eines solchen⁽⁶⁾⁽⁷⁾
 juristische Person des Privatrechts, die aufgrund eines
 Versicherungsvertrags die Kosten ganz oder teilweise
 übernommen hat⁽⁶⁾

8. Die Bestattungskosten betragen⁽⁸⁾: ; sie wurden verauslagt von

9. Folgende Unterlagen sind beigelegt:

10. Bitte zahlen Sie den geschuldeten Betrag auf mein Konto Nr. IBAN
bei der (BIC/SWIFT-Code)
in (°)
11. Datum:
- 11.1 Unterschrift des Antragstellers:
.....

Hinweise für den Antragsteller

- a) Um Sterbegeld zu erhalten, müssen Sie einen Antrag auf diesem Vordruck einreichen
- entweder beim zuständigen Versicherungsträger
 - oder bei dem Versicherungsträger des Ortes, an dem Sie leben, und zwar:
- in **Belgien:** bei einer „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Ortskrankenkasse);
- in der **Tschechischen Republik:** beim „Úřad práce“ (Arbeitsamt) Ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes;
- in **Dänemark:** beim Ministerium für Inneres und Gesundheit in Kopenhagen;
- in **Griechenland:** bei der örtlichen Geschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA);
- in **Spanien:** bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts;
- in **Frankreich:** bei der Stelle, die Sachleistungen der Krankenversicherung gewährt oder gewähren würde;
- in **Irland:** an das „Department of Social Welfare“ (Ministerium für Sozialordnung) in Dublin;
- in **Italien:** bei der Provinzgeschäftsstelle des INAIL;
- in **Lettland:** bei der „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (Staatliche Sozialversicherungsagentur);
- in **Litauen:** beim „Savivaldybės socialinės paramos skyrius“ (Sozialhilfeamt der Gemeinde) am Wohn- oder Aufenthaltsort;
- in **Luxemburg:** bei der „Union des caisses de maladie“ (Vereinigung der Krankenkassen);
- in **Österreich:** bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;
- in **Polen:** bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Zweigstelle der „Zakład Ubezpiecznin Społecznych“ (Sozialversicherungsanstalt — ZUS), oder, für Landwirte, bei der zuständigen regionalen Zweigstelle der „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego“ (Sozialversicherungsfonds für die Landwirtschaft — KRUS) oder beim „Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji“ (Rentenreferat des Ministeriums für Inneres und Verwaltung in Warschau) als Verbindungsstelle für Sondersysteme);
- in **Portugal:** **Mutterland:** beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Bezirksstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; **Madeira:** beim „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; **Azoren:** beim „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnorts;
- in **Slowenien:** bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt);
- in der **Slowakei:** beim „Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny“ (Amt für Arbeit, Soziales und Familie) am Wohn- oder Aufenthaltsort des Verstorbenen;
- in **Finnland:** bei der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt) in Helsinki;
- in **Schweden:** bei der „försäkringskassan“ (Versicherungskasse) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;
- in **Estland:** bei der „Sotsiaalkindlustusamet“ (Sozialversicherungsanstalt) in Tallinn;
- in **Island:** bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik;
- in **Liechtenstein:** beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;
- in **Norwegen:** beim „lokale trygdekontor“ (örtlichen Versicherungsamt) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;
- in der **Schweiz:** bei der „Institution commune LAMal — Istitutozione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG“ in Solothurn.
- b) Dem Antrag sind folgende Dokumente beizufügen:
- Belgien:** Auszug aus der Sterbeurkunde, ausgestellt von der Gemeindeverwaltung, quittierte Rechnungen über die Beerdigungskosten, alle Unterlagen zum Nachweis des Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnisses mit dem Verstorbenen oder gegebenenfalls des Zusammenlebens mit ihm;
- Dänemark:** Sterbeurkunde.
Bitte lesen Sie aufmerksam die „veiledning om ansøgning for begravelseshj“ (Hinweise für die Beantragung von Sterbegeld), die Sie anschließend erhalten werden;
- Griechenland:** Sterbeurkunde, Gesundheitsbuch, Versicherungskarten und gegebenenfalls quittierte Rechnungen über die Beerdigungskosten;
- Spanien:** Sterbeurkunde,
Bescheinigung über das Verwandtschaftsverhältnis oder quittierten Rechnungen über die Bestattungsgeldkosten, falls kein Verwandtschaftsverhältnis des Antragstellers mit dem Verstorbenen vorliegt;
- Frankreich:** in jedem Fall die Sterbeurkunde des Versicherten;
ferner je nach Sachverhalt:
- wenn Sie mit dem Versicherten verheiratet waren, die „fiche familiale“ (Familienkarte des Standesamtes),
 - wenn Sie ein Verwandter absteigender Linie (Sohn, Tochter, Enkel usw.) der/des Verstorbenen sind, die „fiche familiale“ (Familienkarte des Standesamtes), aus der das Verwandtschaftsverhältnis ersichtlich ist,
 - wenn Sie in aufsteigender Linie mit dem/der Verstorbenen verwandt sind (Vater, Mutter, Großeltern usw.): seine/ihre „fiche individuelle“ (Personalienkarte des Standesamtes),
 - wenn Sie aus sonstigen Gründen von dem/der Verstorbenen unterhalten wurden, eine schriftliche eidesstattliche Erklärung, dass der/die Verstorbene tatsächlich und dauernd für Ihren Unterhalt gesorgt hat;

Irland:	<i>Sterbeurkunde, ggf. Heiratsurkunde, die Aufstellung oder den Voranschlag über die Bestattungskosten oder die Quittung hierüber;</i>
Italien:	<i>certificato di morte“ (Sterbeurkunde), das „documento di iscrizione“ (Versichertennachweis), ggf. der „stato di famiglia“ (Familienstandsnachweis);</i>
Lettland:	<i>Sterbeurkunde;</i>
Litauen:	<i>Sterbeurkunde;</i>
Luxemburg:	<i>Sterbeurkunde; quitierte Rechnungen über die Bestattungskosten, ggf. eine Bescheinigung der Kommunalverwaltung über die häusliche Gemeinschaft;</i>
Österreich:	<i>Sterbeurkunde; quitierte Rechnungen über die Bestattungskosten;</i>
Polen:	<i>Sterbeurkunde, Originalbelege der Bestattungskosten, Erklärung des Antragstellers, dass keine entsprechenden Gelder gezahlt wurden;</i>
Portugal:	<i>Sterbeurkunde und quitierte Rechnungen über die Bestattungskosten;</i>
Slowenien:	<i>für das Bestattungsgeld: Sterbeurkunde oder Bescheinigung über den Tod des Versicherten und quitierte Rechnung über die Bestattungskosten, für das Sterbegeld: Sterbeurkunde oder Bescheinigung über den Tod des Versicherten, im Fall des Todes des Ehegatten: Heiratsurkunde, im Fall des Todes eines Elternteils muss das Kind einreichen: Geburtsurkunde, Bescheinigung der Einschreibung in Schule oder Universität (wenn älter als 18 Jahre), Antragsteller, die nicht als Familienangehörige der verstorbenen Person versichert waren, müssen ein geeignetes Dokument vorlegen, das bescheinigt, dass die verstorbene Person bis zu ihrem Tod Ihnen gegenüber unterhaltspflichtig war;</i>
Slowakei:	<i>Sterbeurkunde und quitierte Rechnungen über die Bestattungskosten;</i>
Estland:	<i>die Sterbeurkunde, falls der Antrag von einem Bestattungsunternehmen gestellt wird, ein Schreiben des Anwalts der leistungsberechtigten Person, bei Sterbefällen im estnischen Staatsgebiet ist der Antrag auf Sterbegeld der Sterbeurkunde beizufügen;</i>
Finnland:	<i>Sterbeurkunde, Nachweise für das Verwandtschaftsverhältnis zu der verstorbenen Person; falls der Antrag von einem Bestattungsunternehmen gestellt wird, ein Schreiben des Anwalts der leistungsberechtigten Person;</i>
Schweden:	<i>Sterbeurkunde, Bescheinigung über die Todesursache;</i>
Liechtenstein:	<i>Sterbeurkunde, Bescheinigung über die Todesursache, quitierte Rechnungen über die Bestattungskosten;</i>
Norwegen:	<i>Sterbeurkunde.</i>

ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (2) Die Namen sind vollständig in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (3) Nur, wenn es sich um einen Erwerbstätigen, Rentner oder Rentenantragsteller handelt.
- (4) Bezeichnung und Anschrift angeben.
- (5) Für die portugiesischen Träger ist das beigefügte Einlegeblatt auszufüllen.
- (6) Zu ergänzen, wenn das Sterbegeld aufgrund der belgischen Rechtsvorschriften beantragt wird, soweit der Antragsteller nicht der Ehegatte, ein Verwandter oder Verschwägerter bis zum dritten Grad des Verstorbenen ist.
- (7) Ist der Antragsteller ein Bestattungsunternehmer, muss eine Vollmacht der leistungsberechtigten Person vorliegen, falls das Sterbegeld nach Maßgabe der finnischen oder estnischen Rechtsvorschriften beantragt wird.
- (8) In der Währung des Wohnlandes des Antragstellers anzugeben.
- (9) Nicht für irische Träger.

**ERGÄNZENDE ANGABEN
FÜR DIE PORTUGIESISCHEN TRÄGER**

1.	Ehegatte
1.1	Familienstand <input type="checkbox"/> Witwer/Witwe <input type="checkbox"/> wiederverheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
1.2	Lebte er/sie zum Zeitpunkt des Todes mit dem/der Verstorbenen zusammen und wurde von ihm/ihr unterhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.	Kinder, die Anspruch auf Familienbeihilfe haben				
	Name(n)	Vorname(n)	Verwandtschafts- verhältnis	Geburts- datum	Behindertes Kind
2.1	.....	.....	.....	.....	.....

2.2	.....	.....	.....	.....	.....

2.3	.....	.....	.....	.....	.....

2.4	.....	.....	.....	.....	.....

2.5	.....	.....	.....	.....	.....

2.6	.....	.....	.....	.....	.....



EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 36 Absätze 1 und 2; Artikel 63 Absatz 1; Artikel 87 Absatz 1
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 93 Absätze 1, 2, 4, 5; Artikel 105 Absatz 1

Für jeden Sachleistungsberechtigten ist ein Vordruck auszufüllen.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

1. Rechnung Nr. für das 1. Halbjahr für das 2. Halbjahr des Rechnungsjahres 20

2. An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung:

2.2 Kenn-Nr. des Trägers:

2.3 Anschrift:

3. Sachleistungsberechtigter

3.1 Name(n)⁽²⁾:

3.2 Geburtsname(n) (falls abweichend):

3.3 Vorname(n): Geburtsdatum:

3.4 Persönliche Kenn-Nr.⁽³⁾:
a) beim zuständigen Träger
.....
b) beim forderungsberechtigten Träger
.....

3.5 Der Versicherte ist
 Arbeitnehmer
 Selbständiger
 Grenzgänger (Arbeitnehmer)
 Grenzgänger (selbständig)
 Arbeitsloser

4. Der oben genannten Person wurden Leistungen aufgrund des folgenden Dokuments gewährt:

4.1 Europäische Krankenversicherungskarte — Nummer: Ablaufdatum:

provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte — Nummer:
ausgestellt am gültig vom bis

Vordruck E, ausgestellt am gültig vom bis

4.2 Über die oben genannte Person wurde aufgrund des Antrags vom ein ärztliches Gutachten erstellt.

5.	Tatsächliche Aufwendungen	Betrag ⁽⁴⁾
5.1	Für Sachleistungen vom bis .....	.....
	wegen ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Nichtarbeitsunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	
5.2	Ärztliche Behandlung .....	.....
5.3	Zahnärztliche Behandlung .....	.....
5.4	Arzneimittel .....	.....
5.5	Krankenhausbehandlung vom bis .....	.....
	vom bis .....	.....
5.6	Sonstige Leistungen ⁽⁶⁾

5.7	Sachleistungen insgesamt	.....
5.8	Ärztliche Kontrollen⁽⁷⁾

5.9	Für Geldleistungen vom bis .....	.....
5.10	Aufwendungen insgesamt	.....

6.	Forderungsberechtigter Träger		
6.1	Bezeichnung:		
6.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
6.3	Anschrift:		
		
6.4	Stempel ⁽⁸⁾	6.5	Datum:
		6.6	Unterschrift:
		

7.	Dem Träger des zuständigen Staates vorbehalten

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Wenn der Sachleistungsberechtigte ein aufgrund eines Vordrucks E 106 eingetragener Familienangehöriger ist, ist die persönliche Kennnummer des Versicherten anzugeben.
- (⁴) In Landeswährung anzugeben.
- (⁵) Wenn der Vordruck für einen schweizerischen Träger bestimmt ist.
- (⁶) Die Art der Leistung ist anzugeben: Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen, ergänzende Diagnosemaßnahmen usw.
- (⁷) Angabe der Art der durchgeführten ärztlichen Kontrollen oder der erstellten ärztlichen Gutachten.
- (⁸) Ein elektronisch übermittelter und signierter Vordruck muss nicht gestempelt werden.
-

ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22 Buchstabe a; Artikel 31 Buchstabe a; Artikel 34 Buchstabe a;
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 34

Der zuständige Träger füllt Teil A des Vordrucks aus und sendet zwei Ausfertigungen entweder unmittelbar oder über die Verbindungsstelle an den aushelfenden Träger im Land des vorübergehenden Aufenthalts des Versicherten. Dieser Träger füllt Teil B des Vordrucks aus und reicht eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.

A. Anfrage

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird (2)

1.1 Bezeichnung:

1.2 Kenn-Nr. des Trägers:

1.3 Anschrift:

.....

.....

2. Anspruchsberechtigter

2.1 Name(n) (3):

2.2 Geburtsname(n) (falls abweichend):

2.3 Vorname(n): Geburtsdatum:

.....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.:

2.5 Die betreffende Person ist/war:

Arbeitnehmer

Selbständiger

Grenzgänger (Arbeitnehmer)

Grenzgänger (selbständig)

Arbeitsloser

3. Familienangehöriger des Anspruchsberechtigten, wenn jener die Sachleistungen erhalten hat:

3.1 Name(n) (3):

3.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

3.3 Persönliche Kenn-Nr.:

4. Die oben genannte Person hat

4.1 während eines Aufenthalts in (Land)

4.2 in (Ort)

4.3 die Kosten für die erforderliche Behandlung wegen selbst verauslagt.

5. Wir bitten Sie, auf den beigefügten Quittungen für jede in diesen Quittungen angegebene Leistung die Beträge einzutragen, die den Betroffenen nach den Gebührensätzen aufgrund Ihrer Gebührenordnung erstattet werden könnten. Nur für Luxemburg ist auch die Höhe der vom Versicherten zu übernehmenden Selbstbeteiligung anzugeben.

6. Beiliegend Quittungen.

7.	Zuständiger Träger		
7.1	Bezeichnung:		
7.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
7.3	Anschrift:		
7.4	Stempel	7.5	Datum:
		7.6	Unterschrift:

B. Mitteilung

8. Beiliegend Quittungen mit den erbetenen Gebührensätzen.

9. Erstattungsbetrag Keine Erstattung

10. Bemerkungen:

11.	Träger des Aufenthaltsorts		
11.1	Bezeichnung:		
11.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
11.3	Anschrift:		
11.4	Stempel	11.5	Datum:
		11.6	Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (2) Ist der Träger, der die Sachleistungen hätte gewähren müssen, unbekannt, so kann der Vordruck an die Verbindungsstelle des Aufenthaltslandes gerichtet werden, und zwar:
- in Belgien: an das „Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité — INAMI“ (Staatliche Anstalt für Kranken- und Invaliditätsversicherung), Brüssel;*
in der Tschechischen Republik: an das „CMU“ (Zentrum für internationale Erstattungen), Prag;
in Dänemark: an das „Indenrigs- og Sundhedsministeriet“ (Ministerium für innere Angelegenheiten und Gesundheit), Kopenhagen;
in Deutschland: an die „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland (DVKA)“, Bonn;
in Estland an die „Eesti Haigekassa“ (Estnische Krankenkasse);
in Griechenland: an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT);
in Spanien: an das „Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Landesanstalt für die soziale Sicherheit), Madrid;
in Frankreich: an das „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)“ (Zentralstelle für europäische und internationale Verbindungen im Bereich der sozialen Sicherheit), Paris;
in Irland: an das „Department of Health“ (Gesundheitsministerium), Dublin;
in Italien: an das „Ministero della salute“ (Gesundheitsministerium), Rom;
in Zypern: an das Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia);
in Lettland: an die „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung, Riga);
in Litauen: an den „Valstybinė ligonių kasa“ (Staatlicher Patientenfonds), Vilnius;
in Luxemburg: an die „Union des caisses de maladie“ (Vereinigung der Krankenkassen), Luxemburg;
in Ungarn: an die „Országos Egészségbiztosítási Pénztár“ (Staatliche Krankenversicherung), Budapest;
in Malta: an die „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 St. John Street, Valletta;
in den Niederlanden: an die „Agis Zorgverzekeringen“, Utrecht;
in Österreich: an den „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“, Wien;
in Polen: an den Narodowy Fundusz Zdrowia (Nationaler Gesundheitsfonds), Warschau;
in Portugal: an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social“ (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen über soziale Sicherheit), Lissabon;
in Slowenien: an die „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens — Direktion), Ljubljana;
in der Slowakei: an die „Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou“ (Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen), Bratislava;

in **Finnland**: an die „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt), Helsinki;

in **Schweden**: an das „Riksförsäkringsverket“ (Landesversicherungsamt), Stockholm;

in **Island**: an die „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: an das Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;

in **Norwegen**: an das „Rikstygdeverket“ (Landesversicherungsamt), Oslo;

in der **Schweiz**: an die „Institution commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG — Instituzione commune LAMal“, Solothurn.

(³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

EINZELAUFSTELLUNG DER MONATSPAUSCHBETRÄGE

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 36 Absätze 1 und 2
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 94; Artikel 95

Der Träger des Wohnorts fertigt diese Aufstellung für ein volles Kalenderjahr an; er sendet sie über den zur Durchführung des Artikels 102 Absatz 2 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 bezeichneten Träger an den zuständigen Träger.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Für jeden Rentenberechtigten und für jeden Familienangehörigen eines Rentners wird getrennt je ein Vordruck ausgefüllt.

1.	Aufstellung Nr.	für das Rechnungsjahr 20 ⁽²⁾
----	----------------------	---

2.	Zuständiger Träger
2.1	Bezeichnung:
2.2	Kenn-Nr. des Trägers:
2.3	Anschrift:

3.	Der Sachleistungsanspruch wurde erworben durch den <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Rentenberechtigten <input type="checkbox"/> Selbständigen
3.1	Name(n) ⁽³⁾ :
3.2	Geburtsname(n) (falls abweichend):
3.3	Vorname(n): Geburtsdatum:
3.4	Persönliche Kenn-Nr. beim zuständigen Träger:
3.5	Persönliche Kenn-Nr. beim forderungsberechtigten Träger:

4.	Diese Einzelaufstellung betrifft
4.1	<input type="checkbox"/> die Familie der in Feld 3 genannten Person, wohnhaft unter folgender Anschrift:
4.2	<input type="checkbox"/> den in Feld 3 genannten und unter folgender Anschrift wohnenden Rentenberechtigten:
4.3	<input type="checkbox"/> den nachstehend genannten Familienangehörigen des in Feld 3 genannten Rentenberechtigten: <input type="checkbox"/> den nachstehend genannten Familienangehörigen der in Feld 3 genannten Person ⁽⁴⁾ :
4.3.1	Name(n) ⁽³⁾ :
4.3.2	Vorname(n): Geburtsdatum:
4.3.3	Anschrift:
4.3.4	Persönliche Kenn-Nr. beim zuständigen Träger:
4.3.5	Persönliche Kenn-Nr. beim forderungsberechtigten Träger:

5. Der Anspruch der Familienangehörigen des genannten Versicherten bzw. des genannten Rentenberechtigten und seiner Familienangehörigen auf Sachleistungen wurde von Ihnen mit Vordruck E vom (Datum) bescheinigt

6. Für den Zeitraum, für den dieser Anspruch bestand (vom bis),

6.1 beträgt die Zahl der Monatspauschbeträge

- 6.2 [] je Familie, unabhängig von der Zahl der Familienmitglieder, unter Anwendung eines Einheitssatzes
[] je Rentenberechtigten bzw. dessen Familienangehörige — für jeden ein individueller Vordruck E 127, unter Anwendung des gleichen Satzes für den Rentenberechtigten und die Familienangehörigen
[] pro Kopf(4)

7. Forderungsberechtigter Träger
7.1 Bezeichnung:
7.2 Kenn-Nr. des Trägers:
7.3 Anschrift:
7.4 Stempel(5) 7.5 Datum:
7.6 Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
(2) Kalenderjahr, in dem die Leistungen gewährt wurden.
(3) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
(4) Wenn es sich um ein besonderes System von Pauschbeträgen handelt.
(5) Ein elektronisch übermittelter und unterzeichneter Vordruck muss nicht gestempelt werden.
