II

(Nicht veröffentlichungsbedürftige Rechtsakte)

KOMMISSION

VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

BESCHLUSS Nr. 72

vom 1. Oktober 1972

über die zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke
(E 101—126; E 201—214; E 301—303; E 401—410)

(72/376/EWG)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

BESCHLIESST

auf Grund 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 die innerhalb der Gemeinschaften zu- und abwandernden Arbeitnehmer und deren Familien, nach welchem sie alle Verwaltungsfragen zu regeln hat, die sich aus der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und aus weiteren Verordnungen ergeben,

auf Grund 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, nach welchem sie die Muster für Bescheinigungen, Erklärungen, Anträge und sonstige Unterlagen, die zur Anwendung der Verordnung und der Durchführungsverordnung erforderlich sind, festzulegen hat,

FOLGENDES:

1. Zur Durchführung der am 1. Oktober 1972 in Kraft tretenden Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 des Rates sind die nachstehend abgedruckten Vordruckmuster zu verwenden.

2. Da jeder Vordruck in den vier Amtssprachen der Gemeinschaften (deutsch, französisch, italienisch, niederländisch) zur Verfügung steht und in diesen vier Sprachen völlig deckungsgleich angeordnet ist, also jeder Empfänger (Anspruchsberechtigter, Versicherungsträger, Arbeitgeber usw.) den Vordruck in seiner Landessprache erhalten kann, muß der den Vordruck ausfüllende Versicherungsträger für das Original und die für ihn erforderlichen Durchschriften Ausfertigungen in seiner Landessprache und für die weiteren Durchschriften die in der Landessprache jedes Empfängers gedruckten Ausfertigungen benutzen.

Die während eines Aufenthalts in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat beantragten Sachleistungen (Vordruck E 111, der den Vordruck E 6 ersetzt) können jedoch nicht deshalb verweigert werden, weil der Betreffende einen in einer anderen Sprache als der des Landes, in dem die Leistungen beantragt werden, abgefaßten Vordruck vorlegt.

Die Vordrucke bestehen aus blattweise numerierten Einzelblättern; nach Eintragung der erforderlichen Angaben sind sie zusammenzuheften.

Der Vorsitzende der Verwaltungskommission

G. MEIJERINK

Verzeichnis der Vordrucke

E 101 — Bescheinigung über Entsendung

E 102 — Verlängerung der Entsendung

E 103 — Ausübung des Wahlrechts

E 104 — Bescheinigung über die Zusammenrechnung der Versicherungszeiten

E 105 — Bescheinigung über die Familienangehörigen des Arbeitnehmers, die bei der Berechnung der Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen sind

E 106 — Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft

E 107 — Antrag auf Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen

E 108 — Mitteilung über Ruhen oder Wegfall des Sachleistungsanspruchs bei Krankheit/Mutterschaft

E 109 — Bescheinigung zur Eintragung der Familienangehörigen des Arbeitnehmers und für die Führung der Verzeichnisse

E 110 — Bescheinigung für Arbeitnehmer im internationalen Transportwesen

E 111 — Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch während eines Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat

E 112 — Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung

E 113 — Krankenhausbehandlung — Mitteilung über Aufnahme/Entlassung

E 114 — Gewährung von Körperersatzstücken, größeren Hilfsmitteln usw.

E 115 — Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

E 116 — Ärztlicher Bericht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit/Mutterschaft, Arbeitsunfall, Berufskrankheit

E 117 — Gewährung von Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit

E 118 — Mitteilung über die Nichtanerkennung/Beendigung der Arbeitsunfähigkeit

E 119 — Bescheinigung über den Anspruch der Arbeitslosen und ihrer Familienangehörigen auf Leistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung

E 120 — Bescheinigung über den Anspruch des Rentenantragstellers und seiner Familienangehörigen auf Sachleistungen

E 121 — Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten und die Führung der Verzeichnisse

E 122 — Bescheinigung für die Gewährung von Sachleistungen an Familienangehörige von Rentenberechtigten

E 123 — Bescheinigung über den Anspruch auf Sachleistungen der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

E 124 — Antrag auf Sterbegeld

E 125 — Einzelaufstellung der tatsächlichen Aufwendungen

E 126 — Erstattungssätze für Sachleistungen

E 201 — Bescheinigung zur Zusammenrechnung der Versicherungszeiten

E 202 — Bearbeitung eines Antrages auf Altersrente

E 203 — Bearbeitung eines Antrages auf Hinterbliebenenrente

E 204 — Bearbeitung eines Antrages auf Invaliditätsrente

E 205 — Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Belgien

— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Deutschland

— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Frankreich

— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Italien

— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in den Niederlanden

— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Luxemburg

E 206 — Aufstellung über Beschäftigungen in Bergwerken und gleichgestellten Betrieben

E 207 — Angaben über den Beschäftigungsverlauf des Arbeitnehmers

E 208 — Bestimmung der Ansprüche

E 209 — Bestimmung der Rentenbeträge zwecks etwaiger Anwendung des Art. 46.3 VO 1408/71

E 210 — Rentenbewilligungsbescheid/Rentenablehnungsbescheid

E 211 — Zusammenfassung der Rentenbewilligungs- bzw. Rentenablehnungsbescheide

E 212 — Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe

E 213 — Ausführlicher ärztlicher Bericht

E 214 — Ärztlicher Bericht über die Beurteilung der Funktionsmöglichkeiten und Beschränkungen

E 301 — Bescheinigung von Zeiten, die für die Gewährung von Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen sind

E 302 — Bescheinigung über die Familienangehörigen, die für die Berechnung der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit berücksichtigt werden können

E 303 — Bescheinigung der Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit

— Merkblatt für den Arbeitslosen, der in einem anderen Land Arbeit sucht

E 401 — Familienstandsbescheinigung für die Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld)

E 402 — Bescheinigung über die Fortsetzung der Schul- oder Hochschulausbildung für die Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld)

E 403 — Bescheinigung der betrieblichen Ausbildung für die Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld)

E 404 — Ärztliche Bescheinigung zur Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld)

E 405 — Familienleistungen oder -beihilfen im Falle aufeinanderfolgender Beschäftigungen in mehreren Mitgliedstaaten zwischen den in den Rechtsvorschriften dieser Staaten vorgesehenen Fälligkeitsdaten

E 406 — Antrag auf Familienbeihilfen von Arbeitnehmern, für die die französischen Rechtsvorschriften gelten und deren Familien in einem anderen Mitgliedstaat als Frankreich wohnen

E 407 — Bescheinigung von Beschäftigungs- oder Arbeitslosengeld-Zeiten in Frankreich für die Gewährung von Kindergeld an die in einem anderen Staat als Frankreich lebenden Familienangehörigen des Arbeitnehmers oder Arbeitslosen

E 408 — Auskunftersuchen

E 409 — Überprüfung der Erklärung, daß im Wohnland der Familienangehörigen kein Kindergeldanspruch auf Grund einer beruflichen Tätigkeit besteht

E 410 — Widerruf des Anspruchs auf Familienbeihilfen (Kindergeld)

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 101 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER ENTSENDUNG

VO 1408/71: Art. 14.1.a.i; Art. 14.2.a; Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 55.1.a.i
VO 574/72: Art. 11.1; Art. 20.1; Art. 62.1

Von dem von der zuständigen Behörde bezeichneten Träger des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat, auszufüllen, und zwar Punkt 1.1 bis 7.5 und nach Möglichkeit auch die Felder 8 und 9. Eine Ausfertigung ist dem Arbeitnehmer oder dem Arbeitgeber auszuhändigen, eine zweite dem bezeichneten Träger des Landes zuzustellen, in das der Arbeitnehmer entsandt wird. Bei Entsendung nach Belgien ist auch eine Ausfertigung an das belgische „Office national de sécurité sociale" in Brüssel zu senden.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

1.3 Ständige Anschrift (2): .....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 Begleitende Familienangehörige

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3 Arbeitgeber

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

4 Der obengenannte Arbeitnehmer wird voraussichtlich für die Zeit

vom ..... bis ..... entsandt

4.1 (3) ☐ zu dem nachgenannten Unternehmen: ☐ auf das nachgenannte Schiff:

5 Name oder Firma: .....

5.1 Anschrift (2): .....

.....

6 Für den obengenannten Arbeitnehmer gelten entsprechend nachstehendem Artikel der Verordnung 1408/71 während dieser Zeit die Rechtsvorschriften des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat:

6.1 (3) ☐ 14.1.a.i ☐ 14.2.a

7 Bezeichneter Träger des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat

7.1 Bezeichnung .....

7.2 Anschrift (2): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

8 Von dem bezeichneten Träger oder vom Arbeitnehmer auszufüllen

8.1. Für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständiger Träger (Bezeichnung, Anschrift) (2) (4):

.....

.....

8.2 Stempel

8.3 Datum: .....

8.4 Unterschrift des Trägers

.....

8.5 Unterschrift des Arbeitnehmers

.....

9 Vom bezeichneten Träger oder vom Arbeitgeber auszufüllen

9.1 Für die Unfallversicherung zuständiger Träger (Bezeichnung, Anschrift) (2):

.....

.....

9.2 Für Berufskrankheiten zuständiger Versicherungsträger (Bezeichnung, Anschrift) (2) (5):

.....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift des Trägers

.....

9.6 Unterschrift des Arbeitgebers

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitnehmer

a) Auf Grund der vorliegenden Bescheinigung können Sie selbst und Ihre in Feld 2 genannten Familienangehörigen von den Versicherungsträgern des Landes, in das Sie entsandt sind, Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit erhalten.

b) Sind Leistungen, einschließlich Krankenhausaufnahme, erforderlich, ist die Bescheinigung dem Versicherungsträger des Ortes, an den Sie entsandt sind, vorzulegen, und zwar:

— **für Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft:**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Ort Ihrer Entsendung zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

— **für Leistungen bei Arbeitsunfall:**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Ort Ihrer Entsendung zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL — Staatliche Anstalt für Arbeitsunfallversicherung);*

in **Luxemburg,** *bei der „Association d'assurance contre les accidents" (Unfallversicherungsanstalt);*

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher zu unterrichten.*

c) Wurden die Felder 2, 8 und 9 nicht vom Versicherungsträger ausgefüllt, müssen Sie vor Ihrer Abreise in das Land, in das Sie entsandt werden, Feld 2 und 8 selber ausfüllen und Feld 9 von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen.

d) Um Sachleistungen zu erhalten, können Sie statt dieser Bescheinigung auch den Vordruck E 111 vorlegen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.
(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.
(3) Zutreffendes im Kästchen ankreuzen.
(4) Für die Niederlande ist der „Ziekenfonds" (Krankenkasse) anzugeben.
(5) Nur auszufüllen, wenn dieser Träger ein anderer als der unter 9.1 genannte ist.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 102 [ ] (1)

VERLÄNGERUNG DER ENTSENDUNG

VO 1408/71: Art. 14.1.a.ii; Art. 14.2.a; Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 55.1.a.i.
VO 574/72: Art. 11.2; Art. 20.1; Art. 62.1

A. Vom Arbeitgeber auszufüllen

1 An den Träger (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

2 Arbeitnehmer

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

2.3 Ständige Anschrift (3): .....

.....

2.4 Versicherungsnummer: .....

3 Zuständiger Träger

3.1 bei Arbeitsunfällen (Bezeichnung, Anschrift) (3):

.....

.....

3.2 bei Berufskrankheiten (Bezeichnung, Anschrift) (3) (7):

☐ .....

.....

4 Der obengenannte Arbeitnehmer ist entsprechend folgendem Artikel VO 1408/71:

4.1 (4) ☐ 14.1.a.i ☐ 14.2.a

4.2 für die Zeit vom ..... bis ..... entsandt

4.3 (4) ☐ zu dem nachgenannten Unternehmen: ☐ auf das nachgenannte Schiff:

5 Name oder Firma: .....

5.1 Anschrift (3): .....

.....

6 Der Arbeitnehmer war im Besitz einer Bescheinigung über Entsendung (Vordruck E 101),

6.1 ausgestellt von dem nachgenannten Träger (Bezeichnung und Anschrift) ([3]):

.....

.....

6.2 am ..... und gültig bis .....

7 Wir beantragen, für den genannten Arbeitnehmer die Rechtsvorschriften

des Landes ☐ ([1]) weiterhin gelten zu lassen, und zwar

7.1 für die Zeit vom ..... bis ..... ([5])

8 Arbeitgeber

8.1 Name oder Firma: .....

8.2 Anschrift ([3]): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

B. Von der zuständigen Behörde oder dem bezeichneten Träger des Beschäftigungslandes auszufüllen ([6])

9 Wir sind

9.1 damit ([4]) ☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden,

daß für den in Feld 2 genannten Arbeitnehmer weiterhin die Rechtsvorschriften

des Landes ☐ ([1])

9.2 für die Zeit vom ..... bis ..... gelten.

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

C. Vom Arbeitnehmer auszufüllen

10 Zuständiger Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung ([8])

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift ([3]): .....

.....

11 Begleitende Familienangehörige

11.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12 Datum: .....

13 Unterschrift

.....

E 102

HINWEISE

Der Vordruck ist in vierfacher Ausfertigung in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitgeber

a) Teil A des Vordruckes ist von Ihnen in vierfacher Ausfertigung auszufüllen und an die zuständige Behörde oder den bezeichneten Träger des Landes zu senden, in das Sie den Arbeitnehmer entsenden, und zwar:

in **Belgien,** *an das „Ministère de la prévoyance sociale" (Ministerium für soziale Vorsorge) in Brüssel, oder an das „Office national de la sécurité sociale" (Staatliche Sozialversicherungsanstalt) in Brüssel;*

in **Deutschland,** *an das „Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung" in Bonn;*

in **Frankreich,** *an die „Direction régionale de la sécurité sociale" (Regionalverwaltung der sozialen Sicherheit);*

in **Italien,** *an das „Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale" (Ministerium für Arbeit und soziale Vorsorge) in Rom;*

in **Luxemburg,** *an das „Ministère du Travail et de la Sécurité sociale" (Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit) in Luxemburg;*

in **den Niederlanden,** *an das „Ministerie van sociale zaken" (Ministerium für soziale Angelegenheiten) in Den Haag.*

b) Nach Erhalt der zwei Ausfertigungen des Vordruckes mit ausgefülltem Teil B händigen Sie eine dem Arbeitnehmer aus.

Hinweise für den Arbeitnehmer

a) Auf Grund des vorliegenden Vordruckes können Sie und Ihre in Feld 11 aufgeführten Familienangehörigen von den Versicherungsträgern des Ortes, an den Sie entsandt sind, Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall und Berufskrankheit erhalten.

b) Sind Sachleistungen, einschl. Krankenhausbehandlung, erforderlich, so ist dieser Vordruck dem Träger des Ortes, an den Sie entsandt sind, vorzulegen, und zwar:

— **bei Krankheit/Mutterschaft:**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Ort Ihrer Entsendung zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Frankreich,** *bei der „Caisse primaire d'assurance maladie" (Krankenkasse);*

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie' (INAM) — Staatliche Anstalt für Krankenversicherung);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

— **bei Arbeitsunfall**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Ort Ihrer Entsendung zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL — Staatliche Anstalt für Arbeitsunfallversicherung);*

in Luxemburg, bei der „Association d'assurance contre les accidents" (Unfallversicherungsanstalt);

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

c) Teil C des Vordruckes ist von Ihnen auszufüllen, wobei Sie insbesondere darauf achten müssen, daß in Feld 11 Ihre Familienangehörigen einzutragen sind, die Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung haben.

d) Um Sachleistungen bei Krankheit zu erhalten, können Sie den unter b) genannten Trägern statt dieses Vordruckes auch die Bescheinigung E 111 vorlegen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem das entsendende Unternehmen seinen Sitz hat: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Übersendung entsprechend Buchstabe a) der „Hinweise für den Arbeitgeber".

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Dieser Zeitraum darf, vom Tag des Beginns der Entsendung an gerechnet, 24 Monate nicht überschreiten.

(6) Zwei Ausfertigungen des Vordrucks sind an den Antragsteller zurückzugeben, eine Ausfertigung ist dem bezeichneten Träger des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat, zu übersenden.

(7) Nur auszufüllen, wenn dieser Träger ein anderer als der unter 3.1 genannte ist.

(8) Für die Niederlande ist der „Ziekenfonds" (Krankenkasse) anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 103 ☐ (1)

AUSÜBUNG DES WAHLRECHTS

VO 1408/71: Art. 16.2 und 3
VO 574/72: Art. 13.2 und 3; Art. 14.1 und 2

Der Arbeitnehmer füllt Teil A des Vordrucks entsprechend Buchstabe a) und b) der Hinweise aus und überreicht bzw. versendet den Vordruck entsprechend Buchstabe 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.

A. Wahl

1 Ich,

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

1.3 Versicherungsnummer: .....

1.4 Anschrift (2): .....

.....

2 bin seit dem .....

2.1 (3) ☐ als ..... bei der nachgenannten diplomatischen Vertretung / konsularischen Dienststelle: .....

2.2 (3) ☐ als (4) .....

bei nachgenanntem Arbeitgeber (5), ...,

der der diplomatischen Vertretung/konsularischen Dienststelle .....

angehört,

2.3 (3) ☐ als Hilfskraft bei den Europäischen Gemeinschaften

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

3.1 (6) ☐ des Mitgliedstaates, dessen Staatsangehörigkeit ich besitze,

3.2 (6) ☐ des Mitgliedstaates, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für mich gegolten haben, nämlich der

(6) ☐ belgischen ☐ deutschen ☐ französischen

(6) ☐ italienischen ☐ luxemburgischen ☐ niederländischen.

4 Ort und Datum: .....

5 Unterschrift des Arbeitnehmers

.....

6 Behörde der Europäischen Gemeinschaften, die den Vertrag mit dem Bediensteten geschlossen hat

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B. Bescheinigung

7 Für den in Feld 1 genannten Arbeitnehmer gelten die Rechtsvorschriften

(6) ☐ Belgiens ☐ Deutschlands ☐ Frankreichs

(6) ☐ Italiens ☐ Luxemburgs ☐ der Niederlande

7.1 vom ..... an

7.2 für die Dauer des in Teil A angegebenen Beschäftigungsverhältnisses vorbehaltlich eines neuen Entscheides am Jahresende (Art. 16.2 zweiter Satz VO 1408/71)

8 Von der zuständigen Behörde bezeichneter Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

E 103

HINWEISE

Der Vordruck ist in vierfacher Ausfertigung in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

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

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

in **Belgien,** *an das „Office national de sécurité sociale" (Staatliche Sozialversicherungsanstalt) in Brüssel;*

in **Deutschland,** *an die „Allgemeine Ortskrankenkasse Bonn" (AOK Bonn) in Bonn;*

in **Frankreich,** *an die „Direction régionale de la sécurité sociale" (Regionalverwaltung der sozialen Sicherheit);*

in **Italien,** *an die zuständige Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM—Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *an das „Ministère du Travail et de la Sécurité sociale" (Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit) in Luxemburg;*

in **den Niederlanden,** *an den „Sociale Verzekeringsraad" (Sozialversicherungsrat) in Den Haag, R. J. Schimmelpenninck laan 20.*

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 Mitgliedstaates bezeichnet hat, dessen Rechtsvorschriften der Bedienstete gewählt hat (s. Buchstabe a).

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Wohnlandes des Wahlberechtigten: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Der Arbeitnehmer, der den Vordruck ausfüllt, macht bei 2.1, 2.2 oder 2.3 die auf seine Situation bezügliche Angabe und kreuzt das entsprechende Kästchen an.

(4) Angabe der Eigenschaft: Köchin, Fahrer usw.

(5) Name und Vornamen des Arbeitgebers.

(6) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen. Es ist zu berücksichtigen, daß der Bedienstete einer diplomatischen Vertretung oder einer konsularischen Dienststelle bzw. der bei einem solchen Bediensteten Beschäftigte nur die Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Mitgliedstaates wählen kann, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 104 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGSZEITEN

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Tuberkulose

VO 1408/71: Art. 18.1; Art. 64
VO 574/72: Art. 16; Art. 79

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und übersendet zwei Ausfertigungen an den Träger des Mitgliedstaates, 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.

Teil A

1 An den Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Versicherter

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Letzter Arbeitgeber in dem Land, dessen Rechtsvorschriften zuletzt für den Versicherten gegolten haben:

2.4 Name oder Firma: .....

2.5 Anschrift (2): .....

.....

3 Zur Bearbeitung eines vom Versicherten gestellten Leistungsantrages, bitte die Versicherungszeiten mitteilen, die er

3.1 vom ..... an

3.2 nach den Rechtsvorschriften Ihres Landes in der

(3) ☐ Kranken-/Mutterschafts- ☐ Tod (Sterbegeld) ☐ Tuberkulose-Versicherung zurückgelegt hat.

E 104

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

Teil B

5 An den zuständigen Träger (4)

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

6 Versicherter (5)

6.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

6.2 Versicherungsnummer: .....

7 Der (3) ☐ in Feld 2 ☐ in Feld 6 Genannte

hat (3) ☐ in den letzten zwei Jahren (6) ☐ seit dem .....

8 folgende Versicherungszeiten zurückgelegt:

8.1 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.2 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.3 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.4 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.5 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.6 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.7 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.8 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.9 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

8.10 vom ..... bis ..... für den (7) Versicherungsfall .....

9 Träger, der Teil B auszufüllen hat

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift (2): .....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

E 104

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordruckes ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung auf Antrag des zuständigen Trägers ausgestellt wurde.

(5) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung dem Versicherten ausgehändigt wird.

(6) Ist die Bescheinigung für einen italienischen Träger bestimmt, um Tuberkuloseleistungen zu erhalten, und hat der Versicherte während der letzten zwei Jahre nicht 12 Monatsbeiträge entrichtet, so sind für die Gewährung von Tuberkuloseleistungen die Versicherungszeiten in den letzten fünf Jahren anzugeben.

(7) Art des geschützten Versicherungsfalles angeben: Krankheit, Mutterschaft, Tod (Sterbegeld), Tuberkulose.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 105 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN DES ARBEITNEHMERS, DIE BEI DER BERECHNUNG DER GELDLEISTUNGEN BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

VO 1408/71: Art. 23.3; Art. 58.3
VO 574/72: Art. 25.1 und 2; Art. 70.1

Vom Träger der Krankenversicherung oder von einem bezeichneten Träger des Wohnorts der Familienangehörigen auszufüllen und dem Arbeitnehmer auszuhändigen.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....

1.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

1.3 Versicherungsnummer: .....

2 Der genannte Arbeitnehmer hat folgende unterhaltsberechtigte

3 Familienangehörige

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhält.
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

4 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

4.1 Bezeichnung: .....

4.1 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

E 105

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitnehmer

a) Falls Sie Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit in Belgien, Deutschland, Frankreich erhalten, nach deren Rechtsvorschriften sich der Betrag dieser Leistungen nach der Zahl der Familienangehörigen richtet, müssen Sie diese Bescheinigung dem Träger vorlegen, bei dem Sie versichert sind.

b) Die Bescheinigung ist 12 Monate vom Ausstellungstag an gültig (siehe Punkt 4.4 des Vordrucks); bei Erlöschen der Gültigkeit können Sie bei dem Träger des Wohnortes Ihrer Familienangehörigen die Erneuerung beantragen (siehe Punkte 4.1 und 4.2 des Vordrucks).

c) Sie müssen dem Versicherungsträger, bei dem Sie versichert sind, jegliche Änderung der in der Bescheinigung enthaltenen Angaben mitteilen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 106 [ ] (1)

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

Arbeitnehmer und bei ihnen wohnende Familienangehörige — Familienangehörige von Arbeitslosen

VO 1408/71: Art. 19.1.a; Art. 19.2; Art. 25.3
VO 574/72: Art. 17.1 und 4; Art. 27 Satz 1

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

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnortes (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 (4) [ ] Arbeitnehmer [ ] Grenzgänger [ ] Arbeitsloser

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Anschrift im Wohnland (3): .....

.....

3 Familienangehöriger (5)

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift (3) im Wohnland: .....

.....

4 (4) [ ] Der Obengenannte und die bei ihm wohnenden Familienangehörigen (6)

4.1 (4) [ ] Die Familienangehörigen (6) des Arbeitslosen

5 haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft (7)

vom ..... an

6 Anspruchsdauer:

6.1 (4) ☐ bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.2 (4) ☐ drei Monate vom Tage der Ausstellung dieser Bescheinigung (8) an

7 Zuständiger Träger (7)

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungsmitteilung (9)

8 An den zuständigen Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (3): .....

.....

9

9.1 (4) ☐ Der in Feld 2 Genannte und seine in Feld 10 aufgeführten Familienangehörigen

9.2 (4) ☐ Die in Feld 10 aufgeführten Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Arbeitslosen

9.3 (4) ☐ werden bei uns seit dem ..... geführt

9.4 (4) ☐ wurden aus folgendem Grund bei uns nicht eingetragen:

.....

10 Familienangehörige

10.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

11 Träger des Wohnlandes

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift (4): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt weggelassen werden darf.

Hinweise für den Versicherten

a) Auf Grund dieser Bescheinigung haben Sie Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft:

— **wenn Sie beschäftigt sind,** *für Sie und Ihre Familienangehörigen;*

— **wenn Sie arbeitslos sind,** *für Ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als dem Mitgliedstaat wohnen, in dem Sie versichert sind.*

b) Die in Ihrem Besitz befindlichen beiden Ausfertigungen des Vordruckes sind so bald wie möglich

— *von Ihnen,* **wenn Sie beschäftigt sind,** *dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung (Krankenkaasse) Ihres Wohnortes*

— *von Ihren Familienangehörigen,* **wenn Sie arbeitslos sind,** *dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung (Krankenkasse) des Wohnortes Ihrer Familienangehörigen*

vorzulegen.

c) Diese Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung sind:

in **Belgien,** *die „Mutualité" (Krankenasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *die für Ihren Wohnort zuständige „Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Frankreich,** *die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

in **Italien,** *die zuständige Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *die „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse.*

d) Der Vordruck ist ab dem in Punkt 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.

e) Sie oder Ihre Familienangehörigen haben den Versicherungsträger des Wohnortes von jeder Änderung Ihrer bzw. ihrer Verhältnisse zu unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres bzw. ihres Wohn- oder Aufenthaltsorts.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordruckes ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, falls die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf die Familienangehörigen eines Arbeitslosen bezieht; Angaben nur über einen der Familienangehörigen.

(6) Die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen wird nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt.

(7) Für die bei italienischen Trägern Versicherten muß der Anspruch auf Leistungen bei tuberkulöser Erkrankung von der „Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS) bescheinigt werden.

(8) Wenn der Vordruck von einem französischen Träger ausgestellt wurde.

(9) Wird dieser Vordruck zur Verlängerung einer bereits früher ausgestellten Bescheinigung ausgestellt, so braucht Teil B nicht ausgefüllt zu werden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 107 ☐ (1)

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

VO 1408/71: Art. 19.1.a und 2; Art. 22.1.a.i; b.i; c.i; Art. 22.3; Art. 25.1a und 3; Art. 26.1; Art. 28.1; Art. 29.1; Art. 31; Art. 52. a; Art. 55.1.a.i, b.i und c.i

VO 574/72: Art. 17.1; Art. 20.3 und 4; Art. 21.1; Art. 22.1 und 3; Art. 23; Art. 27 erster Satz; Art. 28; Art. 29.2; Art. 30.1; Art. 31.1; Art. 60.1; Art. 62.3, 4 und 7; Art. 63.1 und 3

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

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 (3) ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter

(3) ☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 (3) ☐ Empfänger ☐ Antragsteller

folgender Rente

(3) ☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene

(3) ☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

Nr. ..... (4) Leistungsgruppe: ..... (4)

2.3 Rentenpflichtiger Träger

.....

2.4 Versicherungsnummer: .....

2.5 Ständige Anschrift (2): .....

.....

E 107

3 Letzter Arbeitgeber (5)

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Art des Unternehmens (6): .....

3.4 Träger der Unfallversicherung, bei dem er versichert ist:

.....

4 Familienangehörige (7)

4.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4.2 Anschrift (2) im Wohnland (8): .....

.....

5 Am ..... ist der Antrag der in

(3) ☐ Feld 2 ☐ Feld 4 bezeichneten Person bei uns eingegangen.

Er betrifft

5.1 (3) ☐ die Gewährung von Sachleistungen

5.2 (3) ☐ die Verlängerung des Anspruchs auf Sachleistungen

5.3 (3) ☐ die Eintragung bei uns als Sachleistungsberechtigte

6 Sachleistungen (3) ☐ wurden gewährt ☐ wurden nicht gewährt,

6.1 entsprechend Art. (3) ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 VO 574/72.

7 Wir bitten um Übersendung der Bescheinigung über den Leistungsanspruch auf Vordruck E..... oder um Mitteilung, daß diese Bescheinigung nicht ausgestellt werden kann.

8 ☐ Der ärztliche Bericht auf Vordruck E 116 ist beigefügt (9).

9 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift (2): .....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

B. Vom zuständigen Träger auszufüllen

10 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes ([10])

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift ([2]): .....

.....

11 Wir können die Bescheinigung über den Leistungsanspruch aus folgendem Grund nicht ausstellen:

.....

.....

12 Zuständiger Träger

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Anschrift ([2]): .....

.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Nur anzugeben, wenn ein italienischer Träger zur Rentenzahlung verpflichtet ist.

(5) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf einen Arbeitnehmer oder einen Arbeitslosen bezieht.

(6) Nur anzugeben, wenn sich der Vordruck auf einen Arbeitnehmer bezieht, der wahrscheinlich einen Arbeitsunfall erlitten hat.

(7) Nur den (die) Familienangehörigen eintragen, für den (die) die Leistungen oder die Eintragung beantragt wurden. Im letzteren Fall ist nur ein Familienangehöriger einzutragen.

(8) Nur angeben, wenn die Familienangehörigen eine andere Anschrift als der Familienvorstand haben.

(9) Nur bei Bedarf beifügen und Kästchen davor ankreuzen.

(10) Der in Feld 9 genannte Träger.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 108 [ ] (1)

MITTEILUNG ÜBER RUHEN ODER WEGFALL DES SACHLEISTUNGSANSPRUCHS BEI KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT

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

VO 1408/71: Art. 19.1.a und 2; Art. 25.3; Art. 26.1; Art. 28.1; Art. 29.1
VO 574/72: Art. 17.2 und 3; Art. 27; Art. 28; Art. 29.5; Art. 30; Art. 94.4; Art. 95.4

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und übersendet dem Träger des Wohnorts, ggf. über die Verbindungsstelle, zwei Ausfertigungen. Dieser Träger füllt Teil B aus und übersendet eine Ausfertigung schnellstmöglich dem zuständigen Träger.

A. Mitteilung

1 An den Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 (3) [ ] Arbeitnehmer [ ] Grenzgänger [ ] Rentenberechtigter
(3) [ ] Arbeitsloser [ ] Rentenantragsteller

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Anschrift im Wohnland (2): .....

.....

3 Familienangehöriger (4)

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift (2) im Wohnland: .....

.....

4 Der mit

Vordruck ..... vom .....

bescheinigte Anspruch ruht / fällt weg

Grund:

4.1 (3) [ ] Der Genannte ist nicht mehr bei uns versichert seit .....

4.2 (3) [ ] Die Rente des Genannten ruht / fällt weg mit dem

.....

4.3 ([3]) ☐ Alle Personen, die bei dem in der Anschrift genannten Träger eingetragen waren, wohnen seit ..... im zuständigen Staat.

4.4 ([3]) ☐ Der Anspruchsberechtigte ist am ..... verstorben.

4.5 ([3]) ☐ ([5]) .....

5 Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift ([2]): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

B. Empfangsbestätigung

6 An den zuständigen Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7 Die Mitteilung gem. Teil A ist am

..... bei uns eingegangen

8 ([3]) ☐ Der in Teil A Genannte ☐ Die in Teil A Genannten

([3]) ☐ hat ☐ haben

([3]) ☐ wird ☐ werden

vom

..... an keine Leistungen mehr erhalten

9 Träger des Wohnlandes

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift ([2]): .....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Auszufüllen, wenn das Ruhen/der Wegfall des Anspruchs nur der Familienangehörigen auf Sachleistungen mitgeteilt wird; in diesem Falle nur einen der Familienangehörigen angeben, ausgenommen, wenn es sich um Familienangehörige eines Grenzgängers handelt.

(5) Etwaige sonstige Begründung.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 109 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ZUR EINTRAGUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN DES ARBEITNEHMERS UND FÜR DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

VO 1408:71: Art. 19.2
VO 574/72: Art. 17.1, 2, 3 und 4; Art. 94.4

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Arbeitnehmer zwei Ausfertigungen des Vordruckes aus oder sendet diese, ggf. über die Verbindungsstelle, an den Träger des Wohnorts, falls dieser Träger den Vordruck beantragt hat. Der letztgenannte Träger füllt Teil B dieser beiden Ausfertigungen aus, sobald er sie entweder vom Versicherten oder vom zuständigen Träger erhält, und sendet eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück. Wohnen die Familienangehörigen in verschiedenen Ländern, ist für jedes Land eine Bescheinigung auszustellen.

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 (4) ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Anschrift (3): .....

.....

3 Familienangehöriger (5)

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

4 Der genannte Arbeitnehmer hat Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung für seine Familienangehörigen sofern diese nach den Rechtsvorschriften des Landes, in dem sie wohnen, nicht selbst sachleistungsberechtigt sind.

5 Der Anspruch beginnt am .....

6 und besteht

6.1 (4) ☐ bis zum Widerruf dieser Bescheinigung

6.2 (4) ☐ für drei Monate vom Tage der Ausstellung dieser Bescheinigung an (6)

6.3 (4) ☐ bis zum vorgesehenen Abschluß der Saisonarbeit, d.h.

bis zum ....., sofern kein vorheriger Widerruf erfolgt

7 Zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungsmitteilung (8)

8 An den zuständigen Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (3): .....

.....

9 ☐ (7)

9.1 Die Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Arbeitnehmers konnten nicht eingetragen werden, weil

9.2 (4) ☐ keiner der Familienangehörigen anspruchsberechtigt ist

9.3 (4) ☐ alle Familienangehörigen nach unseren Rechtsvorschriften selbst sachleistungsberechtigt sind

9.4 (4) ☐ die erforderliche Familienstandsbescheinigung nicht vorgelegt wurde

9.5 (4) ☐ (9) .....

10 ☐ (7)

10.1 Wir haben folgende Familienangehörigen des in Feld 2 Genannten bei uns eingetragen:

10.2 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

10.3 Die Aufwendungen für diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten.

Die Berechnung der Pauschbeträge nach Art. 94 VO 574/72 beginnt mit dem

.....

11 Träger des Wohnorts

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift (3): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

E 109

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitnehmer

a) Ihre Familienangehörigen haben auf Grund dieses Vordrucks in dem Land, in dem sie wohnen, nach dessen Rechtsvorschriften Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sofern sie nicht bereits auf Grund 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 Wohnortes vorlegen müssen, und zwar:*

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Frankreich,** *bei „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse.*

c) Der Vordruck gilt ab dem in Punkt 5 genannten Tag und für die in Punkt 6 durch das angekreuzte Kästchen angegebene Dauer.

d) Sie oder Ihre Familienangehörigen haben den Versicherungsträger des Wohnorts von jeder Änderung Ihrer bzw. ihrer Verhältnisse zu unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres bzw. ihres Wohn- und Aufenthaltsorts.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Nur ein Familienmitglied eintragen.

(6) Wenn die Bescheinigung von einem französischen Träger ausgestellt wurde.

(7) Entweder Feld 9 oder Feld 10 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(8) Wird mit dieser Bescheinigung eine verfallene Bescheinigung erneuert, so braucht der Träger des Wohnorts Teil B nicht auszufüllen.

(9) Etwaige sonstige Gründe.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 110 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG FÜR ARBEITNEHMER IM INTERNATIONALEN TRANSPORTWESEN

VO 1408/71: Art. 14.1.b; Art. 22.1.a.i und 3; Art. 55.1.a.i
VO 574/72: Art. 20.2; Art. 62.2

Der Vordruck ist vom Arbeitgeber auszufüllen bzw. zu verlängern und dem Arbeitnehmer auszuhändigen.

A. Erstbescheinigung

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

1.3 Ständige Anschrift (2): .....

.....

2 Begleitende Familienangehörige

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

3 Zuständiger Träger

3.1 bei Arbeitsunfällen (Bezeichnung, Anschrift) (2):

.....

.....

3.2 bei Berufskrankheiten (Bezeichnung, Anschrift) (2) (5):

.....

.....

4 Der obengenannte Arbeitnehmer ist seit dem

..... bei mir / uns beschäftigt.

5 Arbeitgeber

5.1 Name oder Firma: .....

5.2 Tätigkeit des Unternehmens: .....

5.3 Anschrift (2): .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten

.....

6 Zuständiger Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung (3) (6)

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Versicherungsnummer des Arbeitnehmers: .....

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift des Arbeitnehmers

.....

6.6 Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten

.....

B. Verlängerungen (4)

7 Bescheinigung des in Feld 5 genannten Arbeitgebers, daß der in Feld 1 Genannte weiterhin bei ihm beschäftigt ist

8 Datum	8.1 Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitnehmer

a) *Diese Bescheinigung ist vom Ausstellungstag an (siehe Punkt 5.5 und 8 des Vordrucks) bis Ende des zweiten Monats nach dem Ausstellungstag gültig.*

b) *Während dieser Gültigkeit können Sie und Ihre in Feld 2 genannten Familienangehörigen in dem Mitgliedstaat, in dem Sie sich zur Ausübung Ihrer Beschäftigung aufhalten, Sachleistungen erhalten.*

c) *Sind Sachleistungen erforderlich, müssen Sie diese Bescheinigung beim Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorlegen, und zwar:*

— **bei Krankheit/Mutterschaft:**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltung des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

— **bei Arbeitsunfall:**

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltung des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL — Staatliche Anstalt für Unfallversicherung);*

in **Luxemburg,** *bei der „Association d'assurance contre les accidents" (Unfallversicherungsanstalt) in Luxemburg;*

in **den Niederlanden,** *bei dem „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

d) *Falls Ihr Arbeitgeber dies nicht schon getan hat, müssen Sie Feld 6 ausfüllen.*

e) *Um Sachleistungen zu erhalten, können Sie statt dieser Bescheinigung auch den Vordruck E 111 vorlegen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem das Unternehmen seinen Sitz hat: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Braucht der Arbeitgeber nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates den für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständigen Träger nicht zu kennen, muß der Arbeitnehmer das Feld ausfüllen.

(4) Teil B ist nur zu verwenden, wenn die im Teil A gemachten Angaben noch unverändert zutreffen.

(5) Nur auszufüllen, wenn dieser Träger ein anderer als der unter 3.1 genannte ist.

(6) Für die Niederlande ist der „Ziekenfonds" (Krankenkasse) anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten

E 111 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT

VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 31
VO 574/72: Art. 20.5; Art. 21.1; Art. 23; Art. 31.1 und 3

Der zuständige Träger oder ggf. der Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten füllt den Vordruck aus und händigt ihn dem Versicherten aus oder übersendet ihn dem Träger des Aufenthaltsortes, falls letzterer den Vordruck angefordert hat.

1 An den Träger des Aufenthaltsortes

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 [ ] Arbeitnehmer [ ] Rentenberechtigter (2)

2.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
	.....	.....	.....	.....

2.2 Ständige Anschrift (3): .....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehörige (4)

3.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

3.2 Ständige Anschrift: (3) (5) .....

.....

4 Die genannten Personen haben Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung; sie können gewährt werden:

4.1 (6) [ ] vom ..... bis .....

4.2 (6) [ ] für die bis zum ..... einschließlich aufgetretenen Krankheitsfälle

und für ..... Tage ..... Wochen

5 Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

E 111

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen:

a) Mit diesem Vordruck können Sie

— als Arbeitnehmer und Ihre in Feld 3 aufgeführten Familienangehörigen, die sich vorübergehend in einem anderen Land als ihrem ständigen Wohnland aufhalten,

— als Rentenberechtigter und Ihre in Feld 3 aufgeführten Familienangehörigen, die sich vorübergehend in einem anderen Land als ihrem ständigen Wohnland aufhalten,

von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie als vorläufige Leistungen bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit erlangen.

b) Sind Leistungen, einschließlich Krankenhausbehandlung erforderlich, ist die Bescheinigung dem Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorzulegen, und zwar

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für Ihren Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei der „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ — Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, deren Leistungen für Ärzte, Zahnärzte und Medikamente in Anspruch genommen werden können, ohne die Kasse vorher davon zu unterrichten.*

c) Für die bei italienischen Trägern Versicherten muß der Anspruch auf Leistungen bei tuberkulöser Erkrankung vom „Istituto nazionale della previdenza sociale" (INSP — Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge) bescheinigt werden.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Nur die Familienangehörigen aufführen, die sich vorübergehend in ein anderes Land der Gemeinschaft begeben.

(5) Nur anzugeben, falls die Anschrift der Familienangehörigen von der des Arbeitnehmers oder des Rentenberechtigten verschieden ist.

(6) Die beiden Angaben stellen eine Alternative dar; es ist nur die zutreffende Zeile auszufüllen und das Kästchen davor anzukreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E112 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN-/MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

VO 1408/71: Art. 22.1.b.i; Art. 22.1.c.i; Art. 22.3
VO 574/72: Art. 22.1 und 3; Art. 23

Der zuständige Träger händigt den Vordruck dem Versicherten aus, der ihn dem Träger der Krankenversicherung des Ortes vorlegen muß, in den er sich begibt.

1 Arbeitnehmer

1.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
	.....	.....	.....	.....

1.2 Anschrift (2) im zuständigen Staat:

.....

.....

1.3 Anschrift (2) in dem Land, in das er sich begibt (3):

.....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 Familienangehöriger, der sich in einen anderen Mitgliedstaat begibt

2.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
	.....	.....	.....	.....

2.2 Anschrift (2) im zuständigen Staat (4):

.....

.....

2.3 Anschrift (2) in dem Land, in das er sich begibt:

.....

.....

3 Der in (5) ☐ Feld 1 ☐ Feld 2
Genannte kann Sachleistungen bei Krankheit / Mutterschaft

in ..... (Staat) weiterbeziehen.

3.1 (5) ☐ wohin er umzieht

3.2 (5) ☐ wohin er sich zur Behandlung bei ..... begibt (7).

4 Auf Grund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen

4.1 bis zum ..... gewährt werden.

5 Der Bericht unseres Vertrauensarztes

5.1 ([5]) ☐ ist in verschlossenem Umschlag beigefügt.

5.2 ([5]) ☐ wurde am ..... an ([6]) .....

..... gesandt.

5.3 ([5]) ☐ kann bei uns angefordert werden.

6 Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([2]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Versicherten

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" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltung des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei der „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, die Sie nicht vorher zu benachrichtigen brauchen, wenn Sie ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen in Anspruch nehmen müssen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Nur anzugeben, wenn die Bescheinigung für den Arbeitnehmer gilt.

(4) Nur auszufüllen, wenn die Anschrift des Familienangehörigen nicht mit der des Arbeitnehmers übereinstimmt.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.

(7) Ggf. nähere Angaben machen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 113 [ ] (1)

KRANKENHAUSBEHANDLUNG — MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME/ENTLASSUNG

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 25.1 und 3; Art. 31; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art. 17.6; Art. 20.6; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3; Art. 27; Art. 31.2 und 3; Art. 60.5; Art. 62.8; Art. 63.2

Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts auszufüllen — im Teil A für die Mitteilung über die Krankenhausaufnahme, Teil B für die Mitteilung über die Entlassung aus dem Krankenhaus — und an den zuständigen Träger zu senden.

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2

(3) [ ] Arbeitnehmer [ ] Rentenberechtigter

(3) [ ] Arbeitsloser [ ] Rentenantragsteller

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

3 Familienangehöriger in stationärer Behandlung

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (8):

.....

.....

4 Bezug:

4.1 (3) [ ] Ihr Vordruck ..... vom ..... (4)

4.2 (3) [ ] Unser Vordruck E 107 vom .....

E 113

A. Mitteilung über die Aufnahme

5 Der in (3) ☐ Feld 2 ☐ Feld 3 Genannte

5.1 wurde am .....

5.2 in das Krankenhaus (5) ..... aufgenommen

5.3 wegen (3) ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Arbeitsunfall (9)

(3) ☐ Berufskrankheit (6)

5.4 Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum .....

5.5 ☐ (7) Beweisstücke oder ärztlicher Bericht in der Anlage.

B. Mitteilung über die Entlassung

6 Der

(3) ☐ mit Vordruck E 113 vom .....

(3) ☐ in Teil A mitgeteilte Aufenthalt

war am ..... beendet.

7 Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (2): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([4]) Kennziffer des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, für den der Vordruck ausgestellt wird.

([5]) Bezeichnung des Krankenhauses.

([6]) Nach Möglichkeit anzugeben.

([7]) Zutreffendes ankreuzen.

([8]) Nur anzugeben, wenn die Anschrift des Familienangehörigen nicht dieselbe wie die in Feld 2 angegebene ist.

([9]) Ist der Verletzte in Belgien versichert, sind Name und Anschrift des Arbeitgebers mit anzugeben:

Name der Firma: .....

Anschrift ([2]): .....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 114 ☐ (1)

GEWÄHRUNG VON KÖRPERERSATZSTÜCKEN, GRÖSSEREN HILFSMITTELN USW.

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 24; Art. 25.1 und 3; Art. 31; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art. 17.7; Art. 20.6; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23;
Art. 26.3; Art. 27; Art. 31.2 und 3; Art. 60.6; Art. 62.8; Art. 63.2 und 3

Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts füllt Teil A aus und sendet eine oder zwei Ausfertigungen, je nachdem, ob die Mitteilung Punkt 7.1 oder Punkt 7.2 betrifft, an den zuständigen Träger. Falls der zuständige Träger mit der Leistungsgewährung nicht einverstanden ist, muß er Teil B ausfüllen und eine Ausfertigung des Vordruckes an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts senden.

A — Mitteilung

1 An den zuständigen Träger:

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 (3) (6) ☐ Arbeitnehmer ☐ Arbeitsloser ☐ Rentenberechtigter

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehöriger

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland (7):

.....

.....

4 Bezug:

4.1 (3) ☐ Ihr Vordruck ..... vom ..... (4).

4.2 (3) ☐ Unser Vordruck E 107 vom .....

5 Unser ärztlicher Dienst hat für den

([3]) ☐ in Feld 2 ☐ in Feld 3 Genannten

5.1 ([3]) ☐ die Notwendigkeit ☐ die Dringlichkeit

5.2 folgender Leistungen anerkannt: .....

.....

6 ☐ Der Bericht des Vertrauensarztes ist beigefügt ([5])

7 Die in Punkt 5.2 genannten Leistungen

7.1 ([3]) ☐ wurden wegen Dringlichkeit bereits am ..... gewährt.

7.2 ([3]) ☐ werden gewährt, falls uns innerhalb 15 Tagen nach dem Absendetag dieser Mitteilung keine begründete Ablehnung zugeht.

8 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift ([2]): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

B — Etwaiger Einspruch des zuständigen Trägers

9 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts:

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift ([2]): .....

.....

10 Unter Bezugnahme auf Ziffer 7.2 teilen wir Ihnen mit, daß die in Ziffer 5.2 genannten Leistungen nicht gewährt werden.

Gründe:

.....

.....

11 Zuständiger Träger

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift (2): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([4]) Kennziffer des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, auf den der Vordruck ausgestellt ist.

([5]) Wird dieser Bericht beigefügt, das Kästchen davor ankreuzen.

([6]) Ist der Verletzte in Belgien versichert, sind Name und Anschrift des Arbeitgebers mit anzugeben:

Name oder Firma: .....

Anschrift ([2]): .....

([7]) Nur anzugeben, wenn die Anschrift des Familienangehörigen nicht dieselbe wie die in Feld 2 angegebene ist.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 115 ☐ (1)

ANTRAG AUF GELDLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; Art. 25.1.b.; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii
VO 574/72: Art. 18.2 und 3; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.2 und 3; Art. 64

Ist der Vordruck auf einen Arbeitnehmer ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszufüllen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung 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 Arbeitsuche aufhält (siehe auch Anmerkung 8).

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 (3) ☐ Arbeitnehmer ☐ Arbeitsloser

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Anschrift (2) im zuständigen Staat:

.....

.....

2.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

2.4 Versicherungsnummer: .....

2.5 Inhaber der am ..... ausgestellten Besch. E 119 (4)

und der am ..... ausgestellten Besch. E 303 (4)

3 Arbeitgeber (5)

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Tätigkeit des Unternehmens: .....

E 115

A ☐ (6) Antrag auf Leistungen

4 Der in Feld 2 Genannte hat am .....

Geldleistungen beantragt wegen Arbeitsunfähigkeit infolge

4.1 (3) ☐ Krankheit (7) ☐ Mutterschaft

(3) ☐ eines Arbeitsunfalles am .....

(3) ☐ Berufskrankheit

5 Die Bescheinigung des behandelnden Arztes

(3) ☐ ist beigefügt ☐ konnte nicht vorgelegt werden

6 Nach dem beigefügten Gutachten unseres Vertrauensarztes:

6.1 (3) ☐ hat die Arbeitsunfähigkeit am ..... begonnen

und dauert voraussichtlich bis zum .....

6.2 (3) ☐ liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor (8)

7 (3) ☐ Der Genannte erfüllt nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften, und zwar:

.....

.....

8 (3) ☐ Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrscheinlich durch einen von einem Dritten verschuldeten Unfall verursacht.

8.1 (8) ☐ Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt.

9 (3) ☐ 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.

10 (3) ☐ Wir sind nicht bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen.

B ☐ (6) Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit

11 Unter Bezug auf:

11.1 (3) ☐ unseren Vordruck E 115 vom .....

11.2 (3) ☐ Ihren Vordruck E 117 vom .....

11.3 teilen wir mit, daß der in Feld 2 Genannte nach dem beigefügten Gutachten unseres Vertrauensarztes voraussichtlich bis

..... arbeitsunfähig ist.

12 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Anschrift (2): .....

.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([4]) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt.

([5]) Bei einem Arbeitslosen den letzten Arbeitgeber eintragen.

([6]) Nur Teil A oder Teil B ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([7]) Oder wegen eines anderen als eines Arbeitsunfalls.

([8]) Durchdruck des an den Versicherten zu richtenden Vordrucks E 118 beifügen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 116 ☐ (1)

ÄRZTLICHER BERICHT BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT WEGEN KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT, ARBEITSUNFALL, BERUFSKRANKHEIT

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; Art. 25.1.b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii

VO 574/72: Art. 18.2 und 3; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.2 und 3; Art. 64; Art. 65.2 und 4

Vom Arzt des Trägers auszufüllen, der den Vordruck E 107 oder E 115 ausstellt, und diesem Vordruck bei Krankheit/Mutterschaft in verschlossenem Umschlag als Anlage beizufügen. Dieser Vordruck ist für die Gewährung von Geld- und Sachleistungen zu verwenden. Im Falle Belgiens ist der Vordruck stets zuerst an den für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständigen belgischen Träger zu senden.

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

1.3 Bezug: Unser Vordruck E 116 vom .....

2 Anlage zu (3) ☐ Vordruck E 107 vom .....

(3) ☐ Vordruck E 115 vom .....

3 (3) ☐ Arbeitnehmer ☐ Arbeitsloser

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Versicherungsnummer: .....

3.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

4 ☐ (5) **Teil A — Erster ärztlicher Bericht**

5 Ich, Dr. med. ....., habe den Obengenannten

am ..... untersucht

5.1 und bin der Auffassung, daß

(3) ☐ Krankheit (6) ☐ Mutterschaft

5.2 wahrscheinlich

(3) ☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit vorliegt,

5.3 und erkläre folgendes:

6 Auszufüllen, wenn es sich um Krankheit ([6]), Mutterschaft, Berufskrankheit handelt

6.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome ([10]): .....

.....

.....

6.2 Klinischer Befund:

6.3 Allgemeinzustand ..... Gewicht ..... Größe ..... ([10])

6.4 Sonstige Angaben .....

.....

.....

.....

6.5 Besondere Untersuchungen([11]) .....

.....

.....

6.6 Diagnose: .....

6.7 Entscheidung:

6.8 ([3]) ☐ Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.

6.9 ([3]) ☐ Arbeitsunfähigkeit anerkannt

vom ..... bis .....

6.10 ([3]) ☐ Der Genannte wird nachuntersucht

am .....

7 Auszufüllen, wenn festgestellt ist oder vermutet wird, daß es sich um einen Arbeitsunfall handelt

7.1 Der Unfall hat folgende Verletzungen verursacht ([7]):

.....

.....

.....

7.2 Diese Verletzungen ([3]) ☐ haben zur Folge gehabt ☐ werden zur Folge haben ([8]):

.....

.....

.....

7.3 ☐ ([4]) Der Genannte bedarf ärztlicher Behandlung.

7.4 Die Arbeitsunfähigkeit hat begonnen am .....

7.5 Der Unfallverletzte wird behandelt:

([3]) ☐ zu Hause ☐ in der Sprechstunde

([3]) ☐ im Krankenhaus ☐ anderenorts

Anschrift ([2]) ([9]): .....

.....

8 ☐ ([5]) **Teil B — Ärztlicher Abschlußbericht** ([12])

9 Die Behandlung wurde am ..... abgeschlossen.

10 Die Verletzungen

10.1 ([3]) ☐ sind seit

..... ohne Nachwirkungen konsolidiert.

10.2 ([3]) ☐ sind seit

..... konsolidiert und haben voraussichtlich zur Folge:

.....

.....

.....

11 Ausführliche Beschreibung des Zustandes des Verletzten nach Heilung oder Beendigung der Behandlung :

.....

.....

.....

12 **Teil C**

12.1 ([4]) ☐ Weiterbehandlung ist erforderlich.

12.2 ([4]) ☐ Der Verletzte ist wieder arbeitsfähig vom ..... an.

13 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

13.1 Bezeichnung: .....

13.2 Anschrift ([2]): .....

.....

13.3 Stempel

13.4 Datum: .....

13.5 Unterschrift des Arztes

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Bericht erstellt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Ankreuzen, falls dies zutrifft.

(5) Entweder Teil A oder Teil B ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Auch bei anderen als Arbeitsunfällen.

(7) Art und Sitz der Verletzungen angeben: z.B. Fraktur des Arms, Kontusionen am Kopf, an den Fingern, innere Verletzungen, Asphyxie usw.

(8) Die als sicher anzunehmenden oder voraussichtlichen Folgen der festgestellten Verletzungen angeben: z.B. Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit, vorübergehende Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.

(9) Bei stationärer Behandlung auch die Bezeichnung des Krankenhauses angeben.

(10) Auszufüllen, wenn die Angaben für erforderlich gehalten werden.

(11) Art und Datum angeben.

(12) Bei Arbeitsunfall auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 117 [ ] (1)

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; Art. 25.1.b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii
VO 574/72: Art. 18.6 und 8; Art. 24; Art. 26.7; Art. 61.6 und 8; Art. 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 gemäß Art. 61.8 VO 574/72 auch den Arbeitnehmer davon unterrichten.

1 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Bezug: Ihr Vordruck E 115 vom .....

3 (3) [ ] Der nachgenannte Arbeitnehmer [ ] Der nachgenannte Arbeitslose

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

3.3 Versicherungsnummer: .....

4 (3) [ ] hat vorläufig vorbehaltlich etwaiger Verlängerung Anspruch auf Geldleistungen vom ..... bis .....

4.1 (3) [ ] hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118

4.2 (3) [ ] hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab .....
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118

5 Diese Leistungen werden gezahlt (4):

5.1 (3) [ ] von uns mittels internationaler Postanweisung an obige Anschrift (s. 3.2)

5.2 (3) [ ] von uns bei Rückkehr des Genannten nach hier.

5.3 (3) [ ] von Ihnen für unsere Rechnung.

6 (4) (5)

6.1 Die Geldleistung ist zu zahlen:

6.2 Für alle Wochentage, außer (3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch
(3) ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

6.3 Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt:

..... netto (6) wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird, und:

..... netto (6) wenn er stationär behandelt wird.

7 Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses

7.1 (3) ☐ einer ..... Untersuchung (7)

7.2 (3) ☐ einer verwaltungsmäßigen Überprüfung

7.3 (3) ☐ einer erneuten Nachuntersuchung um den .....

8 Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

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

([5]) Nur in dem unter 5.3 genannten Fall auszufüllen.

([6]) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

([7]) Art der gewünschten ärztlichen Untersuchung angeben (Röntgenaufnahme, Analyse usw.).

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Blatt 3 beachten!

E 118 ☐ (1)

MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; b.ii; c.ii; Art. 25.1.b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii; b.ii; c.ii
VO 574/72: Art. 18.4 und 6; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.4 und 6; Art. 64

Für Arbeitnehmer füllt der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes (oder der zuständige Träger) den Vordruck in zweifacher Ausfertigung aus, von denen er eine an den Arbeitnehmer und die andere an den Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung oder der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten des zuständigen Staates (des Wohn- oder Aufenthaltsortes) 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.

1 (2) ☐ An den Arbeitnehmer ☐ An den Arbeitslosen

1.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

1.2 Versicherungsnummer: .....

1.3 Anschrift (3) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

2 (2) ☐ An den zuständigen Träger ☐ An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Anschrift (3): .....

.....

3 (2) ☐ Nach dem uns bekanntgewordenen Sachverhalt

(2) ☐ Nach der von unserem Arzt am ..... vorgenommenen Nachuntersuchung

3.1 (2) ☐ sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig.

3.2 (2) ☐ sind Sie arbeitsfähig.

3.3 (2) ☐ war Ihre Arbeitsunfähigkeit am ..... beendet;

der letzte Tag, für den Ihnen Geldleistungen gezahlt werden, ist der .....

E 118

4	(2) ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes	☐ Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (3): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitnehmer/Arbeitslosen

Gegen die Entscheidung, die Ihnen mit der vorliegenden Mitteilung zur Kenntnis gebracht wird, können Sie gegebenenfalls innerhalb der Fristen und entsprechend den Erläuterungen in beiliegendem Merkblatt Einspruch erheben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

E 118 Anlage

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

VO 574/72: Art. 18.4

1. **BELGIEN**

Sollten Sie mit vorliegender Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb des Monats, in dem diese Ihnen zugestellt wurde, bei der Urkundsstelle 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. **FRANKREICH**

Falls Sie die vorliegende Entscheidung anfechten wollen, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt dieser Mitteilung eine Beschwerde beim leitenden Arzt der nachgenannten „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse) einreichen.

Bezeichnung: .....

Anschrift ([3]): .....

.....

3. **ITALIEN**

Beschwerde gegen INAM-Entscheidungen (Krankenversicherung)

Gegen ablehnende Bescheide der zuständigen INAM-Stellen (Leitender Bezirksarzt) in ärztlichen Fragen (Bestehen des Krankheitszustandes, Arbeitsunfähigkeit, objektive Notwendigkeit der Leistung usw.) können Sie **binnen 14 Tagen nach dem ablehnenden Bescheid** entsprechende Beschwerde über die INAM-Bezirksstelle beim „Collegio Medico Provinciale" einreichen.

In Ihrer Beschwerde müssen Sie ggf. den Arzt, der Ihr persönliches Vertrauen genießt, benennen, der in diesem Fall Mitglied des sogenannten „Collegio Medico" der zuständigen INAM-Provinzialverwaltung sein wird.

Die Kosten für das Honorar des von Ihnen namhaft gemachten Arztes sowie etwaige Fahrtkosten gehen in jedem Falle zu Ihren Lasten.

Bestätigt das „Collegio Medico Provinciale" den amtsärztlichen Entscheid des leitenden Bezirksarztes, so können Sie innerhalb eines Jahres nach Erhalt des ablehnenden Bescheides des „Collegio Medico Provinciale" Widerspruch beim „Comitato Esecutivo" der INAM erheben (Art. 6 des Gesetzes Nr. 138 vom 11. 1. 1943).

Diese letztere Stelle ist auch für etwaige Beschwerden bei Leistungsverweigerung wegen Nichteinhaltens der im Wohnland bestehenden gesetzlichen Formvorschriften zuständig.

Beschwerde gegen INPS-Entscheidungen (Tuberkulose)

Gegen die Ablehnungsbescheide der INPS in Fragen der Leistungen bei Tuberkulose können Sie binnen 90 Tagen nach Zustellung des ablehnenden Bescheides beim „Comitato Provinciale", der Provinzialverwaltungsstelle, die den Bescheid erteilt hat, Beschwerde in erster Instanz erheben.

Hat das „Comitato Provinciale" nach Ablauf der 90-Tagefrist nach Vorliegen Ihrer Beschwerde keine Stellung dazu genommen, so gilt dies als Ablehnung Ihrer Beschwerde. Sie können alsdann Beschwerde in zweiter Instanz beim „Comitato speciale per l'assicurazione contro la tubercolosi", und zwar innerhalb von 90 Tagen nach Ablauf der ersten 90-Tagefrist, erheben.

Ergeht binnen 90 Tagen nach Einreichung Ihrer Beschwerde in zweiter Instanz kein Bescheid, so können Sie innerhalb von 5 Jahren dagegen beim ordentlichen Gericht Klage erheben.

Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

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

Erhalten Sie auf Grund Ihrer Beschwerde innerhalb von 60 Tagen nach deren Eingang keine Antwort oder ist die Antwort für Sie unbefriedigend, so können Sie vor dem ordentlichen Gericht gegen die INAIL Klage erheben (Art. 104 der mit Präsidentialerlaß Nr. 1124 vom 30. 6. 1965 genehmigten Versicherungsordnung).

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

4. DIE NIEDERLANDE

Falls Sie mit dem beigefügten Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie dagegen — innerhalb einer annehmbaren Frist — Beschwerde beim zuständigen niederländischen Träger einlegen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 119 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH DER ARBEITSLOSEN UND IHRER FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF LEISTUNGEN DER KRANKEN-/ MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

VO 1408/71: Art. 25.1 und 3
VO 574/72: Art. 26.1

Der zuständige Träger muß den Vordruck dem Arbeitslosen aushändigen oder ihn an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes senden, falls dieser ihn angefordert hat.

1 An den Träger des Wohn– oder Aufenthaltsortes (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck (4) ☐ E 107 vom ..... ☐ E 115 vom .....

2 Arbeitsloser

2.1 Name | Vornamen | Mädchenname | Geburtsdatum

..... | ..... | ..... | .....

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Anschrift (3) in dem Land, in das er sich zur Arbeitsuche begeben hat:

.....

.....

3 Letzter Arbeitgeber

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

4 Der Obengenannte hat unter der Voraussetzung, daß der Arbeitslosenversicherungsträger des Landes, in das er sich zur Arbeitsuche begeben hat, dem Träger der Kranken- / Mutterschaftsversicherung desselben Landes die Bescheinigung nach Artikel 26.2 erster Unterabsatz VO 574/72 auf Vordruck E 303 übermittelt hat, bei Krankheit / Mutterschaft Anspruch auf Sach- und Geldleistungen für sich und auf Sachleistungen für seine Familienangehörigen.

5 Sachleistungen können gewährt werden:

5.1 (4) ☐ für den Zeitraum, für den Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit besteht.

5.2 (4) ☐ für die bis zum ..... einschließlich

aufgetretenen Krankheitsfälle und für ..... Tage ..... Wochen.

6 Bei Arbeitsunfähigkeit können Geldleistungen gezahlt werden:

6.1 (4) ☐ für den Zeitraum, für den Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit besteht.

6.2 (4) ☐ für die bis zum ..... einschließlich

aufgetretenen Krankheitsfälle und für ..... Tage ..... Wochen.

7 Die genannten Geldleistungen werden gezahlt:

7.1 (4) ☐ von uns an obige Anschrift mittels internationaler Postanweisung.

7.2 (4) ☐ von Ihnen für unsere Rechnung.

8 (5)

8.1 Die Geldleistung ist zu zahlen:

8.2 (4) ☐ für die gleichen Wochentage, die in der Arbeitslosenversicherung vorgesehen sind.

8.3 (4) ☐ für alle Wochentage außer: (4) ☐ Montag ☐ Dienstag

(4) ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

9 (5)

9.1 Der Netto-Tagessatz dieser Geldleistung ist gleich:

9.2 (4) ☐ dem in der Arbeitslosenversicherung vorgesehenen Betrag.

9.3 (4) ☐ ..... (6), wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird,

und ..... (6), wenn er stationär behandelt wird.

10 Zuständiger Träger (7)

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

E 119

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Arbeitslosen

a) *Um Sachleistungen im Krankheitsfalle für sich und Ihre Familienangehörigen zu erhalten, müssen Sie sich an folgenden Versicherungsträger wenden:*

in **Belgien,** *an die „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *an die für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständige „Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Frankreich,** *an die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

in **Italien,** *an die zuständige Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *an die „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *an eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse.*

Außer diesem Vordruck müssen Sie im Besitz der Drittschrift des vom Arbeitslosenversicherungsträger des Landes, in dem Sie Arbeit suchen, in Ziffer 7 ausgefüllten Vordrucks E 303 sein.

b) *Um bei Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausbehandlung Geldleistungen zu erhalten, müssen Sie (außer in den Niederlanden) dem unter a) genannten Träger zusammen mit den in diesem Punkt erwähnten Vordrucken auch die von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohn- oder Aufenthaltsortes ausgestellt wird.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Nur auszufüllen, wenn die Geldleistungen vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes gezahlt werden sollen.

(6) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

(7) Wird der Vordruck von einem niederländischen Träger ausgestellt, so gehen die Sachleistungen zu Lasten des „Ziekenfondsraad" (Krankenkassenrat) in Amstelveen, Geldleistungen zu Lasten des den Vordruck ausstellenden Trägers.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 120 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH DES RENTENANTRAGSTELLERS UND SEINER FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF SACHLEISTUNGEN

VO 1408/71: Art. 26.1
VO 574/72: Art. 28

Der zuständige Träger füllt Teil A des Vordrucks aus, der dem Antragsteller in zwei Ausfertigungen auszuhändigen ist, der sie dem Wohnortträger vorlegen muß. Nach Erhalt dieser Ausfertigungen füllt der letztgenannte Träger Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den in Feld 6 genannten Träger. Beide Ausfertigungen sind ggf. zuerst dem Träger einzusenden, der Feld 5 und Feld 6 auszufüllen hat.

A — Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 Rentenantragsteller

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Anschrift (3) im Wohnland: .....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Vom Träger auszusfüllen, bei dem der Rentenantrag gestellt wurde

3.1 Der Obengenannte hat am .....

Antrag auf folgende Rente gestellt:

(4) [ ] Alter [ ] Invalidität [ ] Hinterbliebene

(4) [ ] Arbeitsunfall [ ] Berufskrankheit

3.2 (7) [ ] 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 Anschrift ([3]): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

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

5.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit / Mutterschaft ([5])

5.2 vom ..... an bis zum Widerruf dieser Bescheinigung

6 Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([3]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B — Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7 An den zuständigen Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([3]): .....

.....

8 (6) ☐

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

.....

.....

9 (6) ☐

9.1 Der in Feld 2 Genannte wurde zusammen mit folgenden Familienangehörigen am

..... eingetragen.

10 Eingetragene Familienangehörige

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....

11 Träger des Wohnortes

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift (3): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Versicherten

a) *Auf Grund dieser Bescheinigung haben Sie und Ihre Familienangehörigen in Ihrem 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,** *der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *die für Ihren Wohnort zuständige „Allgemeine Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Frankreich,** *der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*

in **Italien,** *die zuständige Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg:** *der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse.*

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.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohnlandes ausgestellt wird.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Wurde die Bescheinigung von einem italienischen Versicherungsträger ausgestellt, muß bei tuberkulöser Erkrankung der Leistungsanspruch von dem „Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS — Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge) bestätigt werden.

(6) Entweder Feld 8 oder Feld 9 ausfüllen und im Kästchen davor ankreuzen.

(7) Zutreffendenfalls im Kästchen davor ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 121 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

VO 1408/71: Art. 28.1
VO 574/72: Art. 29.1 bis 3; Art. 95.4

Der Träger, der nach Art. 29.2 VO 574/72 die Bescheinigung ausstellen muß, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Diese beiden Ausfertigungen sind ggf. zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 5 und Feld 6 ausfüllen muß. Nach Erhalt dieser beiden Ausfertigungen füllt der Träger des Wohnorts Teil B aus und reicht eine Ausfertigung dem in Feld 6 genannten Träger zurück.

A — Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2) .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 Rentenberechtigter

Name | Vornamen | Mädchenname | Geburtsdatum

.....

Anschrift im Wohnland (3): .....

.....

2.3 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....

2.5 Versicherungsnummer: .....

3 Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

3.1 Der Obengenannte bezieht eine Rente

(4) ☐ wegen Alters ☐ wegen Invalidität ☐ als Hinterbliebener

(4) ☐ wegen Arbeitsunfalls ☐ wegen Berufskrankheit

3. seit .....

3. Rentennummer: .....

4	Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift ([3]): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

5	Auszufüllen vom rentenpflichtigen Träger oder vom Träger der Kranken- / Mutterschaftsversicherung des rentenpflichtigen Staates

5.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen haben Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/ Mutterschaftsversicherung vom ..... an.

5.2 Die in dem Staat, in dem diese Personen wohnen, also in dem anderen als dem zuständigen Staat zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten

5.3 vom ..... an bis zum Widerruf dieser Bescheinigung.

5.4 ([5]) ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E 120 vom

..... ungültig.

6	Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([3]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B — Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7	An den in Feld 6 genannten Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([3]): .....

.....

8 (6) ☐

8.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen wurden bei uns nicht eingetragen,

8.2 (4) ☐ weil der in Feld 2 Genannte nach den Rechtsvorschriften unseres Staates selbst sachleistungsberechtigt ist.

8.3 (4) ☐ Sonstige Gründe: .....

.....

.....

9 (6) ☐

9.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen wurden als sachleistungsberechtigt eingetragen.

9.2 Eingetragene Familienangehörige (7)

	9.3 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....
9.11	.....	.....	.....	.....

9.12 Diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten; die Berechnung des Pauschbetrages nach Art. 95 VO 574/72 beginnt mit dem .....

10 Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Rentenberechtigten

a) Die beiden Ausfertigungen dieser Bescheinigungen müssen Sie so bald wie möglich dem Versicherungsträger vorlegen:

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse.*

b) Sie müssen den Versicherungsträger, dem Sie die Bescheinigung vorgelegt haben, von jeglicher Änderung Ihrer Verhältnisse oder der Ihrer Familienangehörigen unterrichten, durch die sich der Anspruch auf Sachleistungen ändern könnte, insbesondere vom Ruhen oder Wegfall der Rente und von jeder Wohnsitzverlegung Ihrerseits oder seitens Ihrer Familienangehörigen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes ankreuzen.

(5) Ankreuzen, wenn dies zutrifft.

(6) Von den Feldern 8 und 9 das Zutreffende ausfüllen und das entsprechende Kästchen ankreuzen.

(7) Nur von niederländischen Trägern auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 122 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN AN FAMILIENANGEHÖRIGE VON RENTENBERECHTIGTEN

Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnland des Rentenberechtigten leben

VO 1408/71: Art. 29.1
VO 574/72: Art. 30.1

Der Träger der Krankenversicherung des Wohnorts des Rentenberechtigten füllt Teil A des Vordrucks aus und händigt dem Rentenberechtigten zwei Ausfertigungen aus oder sendet sie an den Träger des Wohnorts der Familienangehörigen, wenn dieser Träger den Vordruck angefordert hat. Dieser letztere Träger füllt nach Erhalt der beiden Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung davon an den Krankenversicherungsträger des Wohnorts des Rentenberechtigten. Wohnen die Familienangehörigen in verschiedenen Ländern, so ist für jedes dieser Länder eine Bescheinigung auszustellen.

A — Anspruchsbestätigung

1 (2) An den Träger des Wohnortes der Familienangehörigen

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 Rentenberechtigter

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

2.2 Anschrift (3): .....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Der Obengenannte hat für sich und seine Familienangehörigen Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung.

4 Für die Gewährung dieser Leistungen an die Familienangehörigen ist diese Bescheinigung

(4) ☐ ab ..... bis auf Widerruf gültig.

(4) ☐ 12 Monate vom Tage der Ausstellung an (5) gültig.

5 Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

B — Eintragungsmitteilung

6 An den zuständigen Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

7 (6) ☐ Die Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Rentenberechtigten wurden bei uns nicht eingetragen. Grund:

.....

.....

8 (6) ☐ Die nachgenannten Familienangehörigen des in Feld 2 bezeichneten Rentenberechtigten sind bei uns eingetragen.

9 Eingetragene Familienangehörige

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....

10 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Rentenberechtigten

a) Auf Grund dieser Bescheinigung haben Ihre Familienangehörigen in dem Staat, in dem sie wohnen, Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft entsprechend den Rechtsvorschriften dieses Staates, sofern sie nicht bereits auf Grund der genannten Rechtsvorschriften Anspruch auf diese Leistungen haben.

b) Sie müssen die beiden Ausfertigungen des Vordrucks sofort nach Erhalt Ihren Familienangehörigen übersenden, die ihn unverzüglich einem der nachstehend genannten Versicherungsträger ihres Wohnorts vorlegen müssen:

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie" (INAM — Staatliche Krankenversicherungsanstalt);*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse.*

Der Vordruck ist ab dem in Ziffer 4 des Vordrucks angegebenen Zeitpunkt und für die dort angegebene Dauer gültig.

d) Ihre Familienangehörigen müssen den Versicherungsträger, dem die Bescheinigung vorgelegt wurde, von jeglicher Änderung ihrer Verhältnisse, insbesondere von jeder Wohnsitzverlegung, unterrichten, durch die sich ihr Anspruch auf Sachleistungen ändern könnte.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Fran kreich; I = Italien L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, wenn der Träger des Wohnorts der Familienangehörigen den Vordruck angefordert hat.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Wenn die Bescheinigung von einem französischen Träger ausgestellt wird.

(6) Entweder Punkt 7 oder 8 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 123 ☐ (1)

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

VO 1408/71: Art. 52.a; Art. 55.1.a.i; b.i; c.i
VO 574/72: Art. 60.1; Art. 62.4 und 7; Art. 63.1 und 3

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

1 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 Arbeitnehmer

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....

2.2 Anschrift im zuständigen Staat (3):

.....

.....

2.3 Anschrift in dem Land, in das er sich begibt (3):

.....

.....

2.4 Versicherungsnummer: .....

3 Auf Grund

3.1 (4) ☐ Ihres Vordrucks E 107 vom .....

3.2 (4) ☐ des am .....
eingetretenen Arbeitsunfalls mit nachstehend bezeichneten Folgen:

.....

.....

3.3 (4) ☐ der am .....
festgestellten Berufskrankheit mit nachstehend bezeichneten Folgen:

.....

.....

3.4 (4) ☐ der dem Arbeitnehmer von uns erteilten Genehmigung zum Weiterbezug der Sachleistungen in ..... (Land), wohin er sich begibt,

(4) ☐ wohin er umzieht, ☐ wo er sich behandeln läßt,

4 können dem genannten Arbeitnehmer Sachleistungen gewährt werden wegen

(4) ☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

4.1 (4) ☐ für die in den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vorgesehene Dauer

4.2 (4) ☐ bis zum .....

4.3 (4) ☐ für höchstens drei Monate

4.4 (4) ☐ zeitlich unbegrenzt.

5 Der Bericht unseres Vertrauensarztes

5.1 (4) ☐ ist in verschlossenem Umschlag beigefügt.

5.2 (4) ☐ wurde am ..... an (5) .....

..... übersandt.

5.3 (4) ☐ kann bei uns angefordert werden.

6 Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

E 123

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Versicherten

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

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *bei der zuständigen INAIL-Provinzialverwaltungsstelle;*

in **Luxemburg,** *bei der „Association d'assurance contre les accidents" (Unfallversicherungsanstalt);*

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei der „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) in Utrecht, Kromme Nieuwe Gracht 56, die Sie nicht vorher zu benachrichtigen brauchen, wenn Sie ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen in Anspruch nehmen müssen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes des Versicherten angefordert wurde; in diesem Falle ist der Vordruck an diesen Träger zu senden.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise' auf dem letzten Blatt beachten!

E 124 ☐ (1)

ANTRAG AUF STERBEGELD

VO 1408/71: Art. 65
VO 574/72: Art. 78

1 Ich,

1.1 Name | Vornamen | Mädchenname | Geburtsdatum

.....

1.2 Versicherungsnummer (2): .....

1.3 Träger, bei dem ich versichert bin (2) (3): .....

.....

1.4 Verwandtschaftsverhältnis mit dem Verstorbenen: .....

1.5 Anschrift (4): .....

.....

2 beantrage Sterbegeld aus Anlaß des Todes des:

3
(5) ☐ Arbeitnehmers ☐ Rentenempfängers
(5) ☐ Familienangehörigen ☐ Rentenantragstellers

3.1 Name | Vornamen | Mädchenname | Geburtsdatum

.....

3.2 Versicherungsnummer (2): .....

3.3 Todestag: .....

3.4 Todesursache:

(5) ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall
(5) ☐ Berufskrankheit ☐ Sonstige Ursache

3.5 Träger, bei dem der Verstorbene versichert war (2) (3): .....

.....

4 Ich (5) ☐ wurde ☐ wurde nicht von dem Verstorbenen unterhalten.

5 Der Verstorbene (5) ☐ wurde ☐ wurde nicht von mir unterhalten.

6 Die Bestattungskosten betragen (6) .....; sie wurden verauslagt von .....

7 Folgende Unterlagen sind beigefügt: .....

.....

.....

.....

8. Datum: .....

8.1 Unterschrift des Antragstellers

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweise für den Antragsteller

a) Um Sterbegeld zu erhalten, müssen Sie diesen Vordruck einreichen:

— entweder beim zuständigen Versicherungsträger,

— oder bei dem Träger des Ortes, an dem Sie sich befinden, und zwar:

in **Belgien,** *bei der „Mutualité" Ihrer Wahl;*

in **Deutschland,** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

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

in **Italien,** *je nach Sachlage, bei der zuständigen Provinzialverwaltungsstelle der INAM, der INPS oder der INAIL;*

in **Luxemburg,** *bei der „Caisse nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse).*

b) Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

in **Belgien:** *Ein Auszug aus der Sterbeurkunde, der von der Gemeindeverwaltung ausgestellt wird.*

Eine quittierte Rechnung über die Bestattungskosten.

in **Deutschland:** *eine Sterbeurkunde.*

in **Frankreich:**

— **In jedem Falle** *das „bulletin de décès" (Totenschein) des Versicherten;*

— **ferner** *je nach Sachverhalt:*

— *wenn Sie mit dem/der Verstorbenen verheiratet waren, Ihre standesamtliche „fiche familiale" (Familienkarte);*

— *wenn Sie ein Verwandter absteigender Linie (Sohn, Tochter, Enkel usw.) des/der Verstorbenen sind, Ihre „fiche familiale" (Familienkarte), aus der das Verwandtschaftsverhältnis ersichtlich ist;*

— *wenn Sie ein Verwandter aufsteigender Linie (Vater, Mutter, Großvater usw.) des/der Verstorbenen sind, Ihre „fiche individuelle" (Personalienkarte);*

— *wenn Sie aus sonstigen Gründen von dem/der Verstorbenen unterhalten wurden, Ihre schriftliche eidesstattliche Erklärung, daß der/die Verstorbene tatsächlich und dauernd für Ihren Unterhalt gesorgt hat.*

in **Italien:** *Das „certificato di morte" (Auszug aus der Sterbeurkunde);*

das „documento di iscrizione" (Versichertennachweis);

ggf. der „stato di famiglia" (Familienstandsnachweis).

in **Luxemburg:** *Sterbeurkunde.*

Quittierte Rechnungen.

Ggf. eine Bescheinigung der Gemeindeverwaltung über die häusliche Gemeinschaft.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Wohnlandes des Antragstellers: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitnehmer, Rentenberechtigten oder Rentenantragsteller handelt.

(3) Bezeichnung und Anschrift angeben.

(4) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) In der Währung des Landes des Antragstellers anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 125 [ ] (1)

EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN

VO 1408/71: Art. 36.1 und 2; Art. 63.1; Art. 87.1
VO 574/72: Art. 93.1, 2, 4, 5; Art. 105.1

Für jeden Berechtigten ist ein Vordruck auszufüllen. Die italienischen Träger füllen je nach Sachlage Anlage 1 oder 2 aus.

1 Rechnung Nr. ..... (2) für das (3) ☐ 1. Halbjahr ☐ 2. Halbjahr .....

2 An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Anschrift (4): .....

3 Versicherter

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3.2 Versicherungsnummer: .....

4 Familienangehöriger (5)

4.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

5 Dem (3) ☐ in Feld 3 ☐ in Feld 4 Genannten wurden die Leistungen gemäß nachstehenden Artikeln der Verordnung Nr. 1408/71 gewährt:

5.1 (3) ☐ 19.1, 2 ☐ 22.1, 3 ☐ 25.1, 3, 4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31 ☐ 52 ☐ 55.1

und auf Grund der uns übersandten Vordrucke:

5.2 (3) ☐ Vordruck E ..... vom ..... ☐ Vordruck E 117 vom .....

E 125

6	TATSÄCHLICHE AUFWENDUNGEN		6.1. Betrag (6)
6.2	**Für Sachleistungen**	vom ..... bis	.....
6.3	Ärztliche Behandlung		.....
6.4	Zahnärztliche Behandlung		.....
6.5	Arzneimittel		.....
6.6	Krankenhausbehandlung	vom ..... bis	.....
		vom ..... bis	.....
6.7	Sonstige Leistungen (7)		
	.....		.....
	6.8 **Sachleistungen insgesamt**		.....
6.9	Ärztliche Untersuchungen (8)		
	.....		.....
6.10	**Für Geldleistungen**	vom ..... bis	.....
	6.11 LEISTUNGEN INSGESAMT		.....

7	Aushelfender Träger
7.1	Bezeichnung: .....
7.2	Anschrift (4): .....
	.....
7.3	Stempel
	7.4 Datum: .....
	7.5 Unterschrift
	.....

8	Dem Versicherungsträger des zuständigen Staates vorbehalten

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Dem aushelfenden Träger erforderlichenfalls anzugeben.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(5) Nur anzugeben, wenn die Abrechnung einen Familienangehörigen betrifft.

(6) In Landeswährung anzugeben.

(7) Art der Leistung angeben: Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen usw.

(8) Angabe der Art der durchgeführten ärztlichen Untersuchungen.

Nur von italienischen Trägern auszufüllen

E 125 Anlage 1

Einzelaufstellung der Aufwendungen für Sachleistungen bei Krankheit / Mutterschaft

					Betrag in Lire
1	**Behandlung durch praktischen Arzt**				
1.1	Sprechstunden:	Anzahl	zu Lire		.....
1.2	Hausbesuche:	Anzahl	zu Lire		.....
1.3	Sonderleistungen:	Anzahl	zu Lire		.....
1.4	**Behandlung durch praktischen Arzt insgesamt**				.....
2	**Behandlung durch Facharzt**				
2.1	(1)	Anzahl	zu Lire		.....
2.2	(1)	Anzahl	zu Lire		.....
2.3	(1)	Anzahl	zu Lire		.....
2.4	**Behandlung durch Facharzt insgesamt**				.....
3	**Behandlung durch praktischen Arzt und durch Facharzt insgesamt**				.....
4	**Zahnbehandlung:**	Anzahl Leistungen			.....
5	**Arzneimittel:**	Anzahl Rezepte			.....
6	**Krankenhausbehandlung**				
6.1	Behandlungstage:	Anzahl	zu Lire		.....
6.2	Arzthonorare:	Anzahl	zu Lire		.....
6.3	**Krankenhausbehandlung insgesamt**				.....
7	Sonstige Leistungen (2)				
	.....				.....
	.....				.....
7.1	**Sonstige Leistungen insgesamt**				.....
8	SUMME				.....

9 Stempel

10 Datum: .....

11 Unterschrift

.....

(1) Leistungsart angeben: Untersuchung, Eingriff, Röntgenuntersuchung usw.
(2) Leistungsart angeben: Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen usw.

Nur von italienischen Trägern auszufüllen

E 125 Anlage 2

Aufstellung der tatsächlichen Aufwendungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

		Betrag in Lire
1	**Sachleistungen**	
2	Ärztliche Behandlung	.....
3	Arzneimittel	.....
4	Krankenhausaufenthalt:	
4.1	vom ..... bis ....., ... Tage zu ..... Lire	.....
4.2	vom ..... bis ....., ... Tage zu ..... Lire	.....
4.3	vom ..... bis ....., ... Tage zu ..... Lire	.....
5	Orthopädische Hilfsmittel (1)	.....
6	Physiotherapie (1)	.....
7	Sonstige Leistungen (2)	.....
8	**Sachleistungen insgesamt**	.....
9	**Ärztliche Untersuchungen**	
10	Arzthonorar	.....
11	Facharzthonorar	
11.1	(3)	.....
11.2	(3)	.....
12	**Fachärztliche Untersuchungen:**	
12.1	Röntgenaufnahmen (Anzahl)	.....
12.2	Stratigraphien, Tomographien	.....
12.3	Elektrokardiogramm	.....
12.4	Elektroenzephalogramm	.....
12.5	Laboruntersuchung	.....
12.6	Atemfunktionsprüfungen	.....
12.7	Sonstige Untersuchungen (1)	.....
13	Krankenhausaufenthalt zur Beobachtung vom ..... bis ..... Tage zu ..... Lire	.....
14	**Ärztliche Untersuchungen insgesamt**	.....

(1) Leistungsart genau angeben.
(2) Leistungsart genau angeben: Fahrtkostenerstattung, Lohnausfallausgleich, Krankenwagen usw.
(3) Fachärztliche Verrichtung angeben.

E 125 Anlage 2

					Betrag in Lire
15	**Geldleistungen**				
16	Krankengeld für den Versicherten:				
16.1	bei ambulanter Behandlung,	vom	bis	.....	.....
16.2	Tagegeld bei stationärer Behandlung,	vom	bis zum	.....	.....
17	Hausgeld für die Familienangehörigen,	vom	bis zum	.....	.....
18	**Geldleistungen insgesamt**				.....
19	SUMME DER AUFWENDUNGEN				.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 126 ☐ (1)

ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR SACHLEISTUNGEN

VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 31
VO 574/72: Art. 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 Lande des vorübergehenden Aufenthalts des Versicherten. Dieser Träger füllt Teil B des Vordrucks aus und reicht eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück.

A — Anfrage

1 An den Träger (2) des Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

2 (4) ☐ Arbeitnehmer ☐ Familienangehöriger eines Arbeitnehmers

(4) ☐ Rentenberechtigter ☐ Familienangehöriger eines Rentenberechtigten

2.1 Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
.....	.....	.....	.....

3 Die genannte Person hat

3.1 während eines Aufenthalts in ..... (Land)

3.2 in: ..... (Ort)

3.3 die Kosten für die erforderliche Behandlung usw. selbst verauslagt.

3.4 Der Genannte ist (4) ☐ verwitwet ☐ erwerbsunfähig (5)

3.5 hat ein Einkommen von ..... (5)

4 Wir bitten Sie, auf den beigefügten Quittungen für jede in diesen Quittungen angegebene Leistung die Beträge einzutragen, die dem Betreffenden nach den Gebührensätzen auf Grund Ihrer Gebührenordnung erstattet werden könnten.

5 Beiliegend ..... Quittungen

6 Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B — Mitteilung

7 An den zuständigen Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([3]): .....

.....

8 Beiliegend ..... Quittungen mit den in Ziffer 4 erbetenen Gebührensätzen.

9 Bemerkungen: .....

.....

.....

.....

10 Träger des Aufenthaltsortes

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift ([3]): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) An den Träger zu senden, der dem Versicherten die Sachleistungen im Land seines Aufenthalts hätte gewähren müssen, oder an die Verbindungsstelle dieses Landes. Im Falle eines Aufenthalts in ..... kann dieser Vordruck auch an .....

.....

gesandt werden.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Nur auszufüllen, wenn die Anfrage an einen belgischen Träger gerichtet ist.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 201 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ZUR ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGSZEITEN

VO 1408/71: Art. 9.2; Art. 15.3
VO 574/72: Art. 6.2

Auf Antrag des Arbeitnehmers von dem Träger oder den Trägern der Mitgliedstaaten, in dem er versichert war, auszustellen und vom Antragsteller für seine Zulassung zur freiwilligen Versicherung oder freiwilligen Weiterversicherung für den Fall des Alters, der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder des Todes (Renten) dem Träger des beteiligten Mitgliedstaates zu übersenden.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit (8) .....

1.3 Anschrift (2): .....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 Letzte versicherungspflichtige Beschäftigung

2.1 Art der Beschäftigung (Arbeiter, Angestellter, Bergmann usw.):

.....

2.2 Arbeitgeber (Name oder Firma): .....

2.3 Anschrift (2): .....

.....

3 Der in Feld 1 Genannte (5) ☐ ist ☐ war bei uns versichert

vom / bis	Zeiten (3)	als (4)	Art der Versicherung (6)	für den Fall (7)
..... /				
..... /				
..... /				

4

4.1 Der in Feld 1 Genannte (5) ☐ hat einen ☐ hat keinen

Antrag zur Aufnahme in eine freiwillige Versicherung oder freiwillige Weiterversicherung in einem anderen Mitgliedstaat gestellt.

Wenn ja, bitte angeben:

4.2 Staat: .....

4.3 Versicherungsfall: .....

5 Ausstellender Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Den innerstaatlichen Rechtsvorschriften entsprechend die Zahl der Vierteljahre, Monate, Wochen oder Tage angeben.

(4) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für einen deutschen oder italienischen Träger bestimmt ist.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Die Art der Versicherung ist mit folgendem Großbuchstaben anzugeben:
A = Pflichtversicherung
B = freiwillige Versicherung
C = freiwillige Weiterversicherung.

(7) Der Versicherungsfall ist mit folgenden Großbuchstaben zu kennzeichnen:
D = Berufs-/Erwerbsunfähigkeit
E = Alter
F = Tod.

(8) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 202 ☐ (1)

Land	Versicherungsnummer	Beteiligter Träger (ggf. Verbindungsstelle)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF ALTERSRENTE

VO 1408/71: Art. 44 bis 50
VO 754/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 111

Vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der den anderen Trägern, bei denen der Arbeitnehmer versichert war (beteiligte Träger), oder der Verbindungsstelle je eine Ausfertigung übersendet.

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

A — Angaben über den Versicherten

2

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit (4) .....

2.3 Personenstand: (3) ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
(3) ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

2.4 Anschrift (2) am Tage der Antragstellung: .....

.....

2.5 Versicherungsnummer: .....

2.6 Geschäftszeichen: .....

3 (3) ☐ Der Versicherte ist noch berufstätig

3.1 (3) ☐ Der Versicherte ist nicht mehr berufstätig seit dem .....

4

4.1 Der Antragsteller

(3) ☐ ist ☐ ist nicht rentenberechtigt

(3) ☐ war ☐ war nicht rentenberechtigt

Wenn ja, bitte angeben:

4.2 Rentenart: .....

4.3 Rentennummer: .....

4.4 Leistungspflichtiger Träger: .....

4.5 Rentenbeginn: .....

4.6 Ggf. Tag der Renteneinstellung: .....

5 Der Antragsteller (3) ☐ bezog ☐ bezog keine Leistungen wegen Arbeitslosigkeit seit der Antragstellung.

6 Nur für französische Träger erforderliche Angaben

6.1 Der Antragsteller (3) ☐ ist seit ..... ärztlicherseits als arbeitsunfähig anerkannt.

(3) ☐ ist ärztlicherseits nicht als arbeitsunfähig anerkannt.

6.2 Der Antragsteller (3) ☐ bedarf seit ..... ständiger Pflege für die Verrichtungen des täglichen Lebens.

(3) ☐ braucht keine ständige Pflege für die Verrichtungen des täglichen Lebens.

7 Nur für französische und italienische Träger erforderliche Angaben

7.1 Der Antragsteller (3) ☐ erhält seit ..... einen Zuschlag für den Ehegatten.

(3) ☐ erhält keinen Zuschlag für den Ehegatten.

B — Angaben über die Familienangehörigen des Versicherten

8 Ehegatte

8.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geschlecht .....

8.2 Geburtsdatum: .....

8.3 Anschrift (2): .....

.....

8.4 Tag der Eheschließung: .....

8.5 Der Ehegatte (3) ☐ ist ☐ ist nicht berufstätig.

8.6 Wenn ja, Angabe des Jahresarbeitsverdienstes (5):

.....

8.7 Der Ehegatte (3) ☐ ist ☐ ist nicht rentenberechtigt.

Wenn ja, ist anzugeben:

8.8 Rentenart: .....

8.9 Leistungspflichtiger Träger: .....

8.10 Höhe der Rente (3) ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich .....

8.11 Der Ehegatte (3) ☐ erhält ☐ erhält keine anderen Sozialleistungen (6):

(3) ☐ wegen Arbeitslosigkeit ☐ wegen Krankheit ☐ wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ☐ sonstige

8.12 Andere Einkünfte: .....

9 Leistungen für Kinder. (Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller nach den Rechtsvorschriften seines Wohnlandes keinen Anspruch auf Kinderzuschläge hat.)

9.1	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

9.2 Anschrift (2) (8): .....

.....

9.3 Bemerkungen (7): .....

C — Sonstige Angaben

10 ([3]) ☐ Tag der Einreichung des Antrages: .....

([3]) ☐ Tag des Rentenbeginns, wenn die Rente von Amts wegen festgestellt wurde:

.....

11 Der Antragsteller ([3]) ☐ hat einen ☐ hat keinen

Aufschub der Feststellung einer Altersrente beantragt, auf die er in (Land) ..... Anspruch hätte.

12 Der bearbeitende Träger ([3]) ☐ kann ☐ kann keine

vorläufige(n) Leistungen nach Art. 45.1 VO 574/72 gewähren.

12.1 Wenn nein, werden die beteiligten Träger um Feststellung gebeten, ob sie vorläufige Leistungen nach Art. 45.2 VO 574/72 gewähren können.

13 ([3]) ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine

Verrechnung von Überzahlungen gemäß Art. 111 VO 574/72 vorzunehmen.

14 Beiliegend Vordruck ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

15 Bearbeitender Träger

15.1 Bezeichnung: .....

.....

15.2 Anschrift ([2]): .....

.....

15.3 Stempel

15.4 Datum: .....

15.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Ggf. das Datum der Einbürgerung angeben.

(5) Nur für italienische und luxemburgische Träger auszufüllen.

(6) Nur für belgische Träger auszufüllen.

(7) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben ist (Todestag), in der Lehre steht oder die Schule weiterbesucht.

(8) Angabe der gemeinsamen Anschrift; andere Anschriften hier unten angeben:

Name und Vornamen: .....

Anschrift (2): .....

.....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 203 ☐ (1)

Land	Versicherungsnummer	Beteiligter Träger (ggf. Verbindungsstelle)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

BEARBEITUNG EINES ANTRAGES AUF HINTERBLIEBENENRENTE

VO 1408/71: Art. 44 bis 50
VO 574/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 111

Vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der den anderen Trägern, bei denen der Arbeitnehmer versichert war (beteiligte Träger), oder der Verbindungsstelle je eine Ausfertigung übersendet.

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

A — Angaben über den verstorbenen Versicherten

2

2.1 Name | Vornamen | Mädchenname

2.2 Geburtsort | Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit (4)

2.3 Personenstand am Todestag: (3) ☐ ledig ☐ verheiratet (3) ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

2.4 Anschrift am Todestag (2): .....

.....

2.5 Versicherungsnummer: .....

2.6 Geschäftszeichen: .....

3 An seinem Todestag

(3) ☐ war der Verstorbene ☐ war der Verstorbene nicht berufstätig.

4 Träger, bei denen der verstorbene Versicherte für den Fall des Alters und des Todes versichert war:

.....

.....

.....

.....

.....

5

5.1 Todestag und -ort: .....

5.2 Der Tod (3) ☐ ist vermutlich ☐ ist vermutlich nicht die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit.

5.3 Der Tod (3) ☐ ist vermutlich ☐ ist vermutlich nicht durch einen Dritten verursacht worden.

5.4 Bei Verschollenheit: (3) ☐ Datum der letzten Nachricht: .....

(3) ☐ Durch Verschollenheitserklärung festgesetzter Todestag:

.....

6

6.1 Der verstorbene Versicherte (3) ☐ war ☐ war nicht rentenberechtigt

6.2 (3) ☐ im Zeitpunkt der Eheschließung. ☐ im Zeitpunkt des Todes.

Wenn ja, ist anzugeben:

6.3 — Rentenart: .....

6.4 — Rentennummer: .....

6.5 — Leistungspflichtiger Träger: .....

.....

6.6 — Rentenbeginn: .....

6.7 — Ggf. Tag der Renteneinstellung: .....

7 Der verstorbene Versicherte (3) ☐ hatte einen ☐ hatte keinen Aufschub der Feststellung der Altersrente beantragt, auf die er Anspruch gehabt hätte.

Wenn ja, in welchem Land? .....

B — Angaben über die Anspruchsberechtigten

8 Witwe oder Witwer oder andere Berechtigte, außer Kindern (7)

8.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

8.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

8.3 Anschrift (2): .....

8.4 Tag der Eheschließung: .....

8.5 Ggf. Tag der Scheidung: .....

8.6 Ggf. Tag der Wiederverheiratung: .....

8.7 Name und Vornamen des neuen Ehegatten: .....

8.8 Verwandtschaftsverhältnis (für andere Berechtigte als Witwer oder Witwe):

.....

9

9.1 Der/Die in Feld 8 Genannte

(3) ☐ übt eine ☐ übt keine

(3) ☐ abhängige Tätigkeit aus ☐ selbständige Tätigkeit aus.

9.2 (3) ☐ Er/Sie wurde ☐ Er/Sie wurde nicht von dem/der Verstorbenen unterhalten.

9.3 (3) ☐ Er/Sie ist ☐ Er/Sie ist nicht

(3) ☐ dauernd arbeitsunfähig.

(3) ☐ für mehr als 3 Monate vorübergehend arbeitsunfähig (5).

9.4 (3) ☐ Er/Sie benötigt ☐ Er/Sie benötigt nicht die Hilfe einer dritten Person (5).

9.5 (3) ☐ Er/Sie ist ☐ Er/Sie ist nicht rentenberechtigt.

Wenn ja, ist anzugeben:

9.6 Rentenart: .....

9.7 Rentennummer: .....

9.8 Leistungspflichtiger Träger: .....

9.9 Tag des Rentenbeginns: .....

9.10 Ggf. Tag der Renteneinstellung: .....

10 Sonstige bekannte Einkünfte: .....

.....

11 Leistungen für Kinder. (Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller nach den Rechtsvorschriften seines Wohnlandes keinen Anspruch auf Kinderzulagen hat.)

11.1 Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....

11.2 Anschrift ([2]) ([8]): .....

.....

11.3 Bemerkungen ([6]): .....

.....

12 Die im Land des bearbeitenden Trägers lebenden Kinder

([3]) ☐ haben ☐ haben keinen Anspruch auf eine Leistung nach Art. 78 VO 1408/71.

C — Sonstige Angaben

13 ([3]) ☐ Tag der Antragstellung: .....

([3]) ☐ Tag des Rentenbeginns, wenn die Rente von Amts wegen festgestellt wurde:

.....

14 Der bearbeitende Träger

([3]) ☐ kann ☐ kann keine vorläufige(n) Leistung(en) nach Art. 45.1 VO 574/72 gewähren.

14.1 Wenn nicht, werden die beteiligten Träger um Feststellung gebeten, ob sie vorläufige Leistungen nach Art. 45.2 VO 574/72 gewähren können.

15 ([3]) ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine Verrechnung von Überzahlungen gem. Art. 111 VO 574/72 vorzunehmen.

16 Beiliegend: Vordruck ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

17 Bearbeitender Träger

17. 1 Bezeichnung: .....

17.2 Anschrift (2): .....

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 6 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes des bearbeitenden Trägers: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([4]) Ggf. Datum der Einbürgerung eintragen.

([5]) Nur für niederländische Träger auszufüllen.

([6]) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben ist (Todestag), in der Lehre steht oder die Schule weiterbesucht.

([7]) Sind mehrere Anspruchsberechtigte vorhanden, ist für jeden von ihnen ein Blatt 3 auszufüllen.

([8]) Angabe der gemeinsamen Anschrift; weitere Anschriften nachstehend angeben:

Name und Vornamen: .....

Anschrift ([2]): .....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 204 [ ] (1)

Land	Versicherungsnummer	Beteiligter Träger (ggf. Verbindungsstelle)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

BEARBEITUNG EINES ANTRAGES AUF INVALIDITÄTSRENTE

VO 1408/71: Art. 44 bis 50
VO 574/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 111

Vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der den anderen Trägern, bei denen der Arbeitnehmer versichert war (beteiligte Träger), oder der Verbindungsstelle je eine Ausfertigung übersendet.

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

A — Angaben über den Versicherten

2

2.1 Name | Vornamen | Mädchenname

2.2 Geburtsort | Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit (4)

2.3 Personenstand: (3) [ ] ledig [ ] verheiratet [ ] verwitwet
(3) [ ] geschieden [ ] getrennt lebend

2.4 Anschrift (2) am Tage der Antragstellung: .....

.....

2.5 Versicherungsnummer: .....

2.6 Geschäftszeichen: .....

3 Datum, auf das der Beginn der Invalidität festgesetzt wurde: .....

3.1 Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit mit anschließender Invalidität: .....

3.2 Der Versicherte

([3]) ☐ übt noch eine ☐ übt keine

([3]) ☐ abhängige Tätigkeit aus/mehr aus. ☐ selbständige Tätigkeit aus/mehr aus.

3.3 Übt er eine abhängige Tätigkeit aus, so sind anzugeben:

die Höhe des Verdienstes: ..... die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit: .....

3.4 Datum der Aufgabe der gewöhnlichen Berufstätigkeit: .....

3.5 Art dieser Tätigkeit: .....

3.6 Übt er eine selbständige Tätigkeit aus, so ist die Höhe des Berufseinkommens anzugeben ([6]) .....

3.7 Die Invalidität

([3]) ☐ wurde vermutlich ☐ wurde vermutlich nicht durch einen Dritten verursacht.

4 Nach Eintritt der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit

([3]) ☐ wurde der Versicherte umgeschult.

([3]) ☐ wurde der Versicherte nicht umgeschult.

Wenn ja, ist anzugeben:

4.1 Auf welche Tätigkeit: .....

4.2 Arbeitgeber, bei dem er die neue Beschäftigung ausübt bzw. ausgeübt hat:

Name oder Firma: .....

Anschrift ([2]): .....

.....

4.3 Datum des Beginns und der Beendigung dieser Beschäftigung: .....

4.4 Der Versicherte ([3]) ☐ erhält eine ☐ erhält keine Zulagen für den Ehegatten.

Wenn ja, ab wann? .....

5

5.1 Vor Beginn der Leistungen wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit: Der Versicherte

(3) ☐ bezog eine ☐ bezog keine

(3) ☐ Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ☐ Altersrente

(3) ☐ Rente wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit.

5.2 Wenn ja, ist anzugeben:

Der Zeitraum, für den diese Leistungen bewilligt wurden oder werden:

.....

Der leistungspflichtige Träger:.....

.....

5.3 Der Versicherte hat seit Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit

(3) ☐ beantragt ☐ nicht beantragt

(3) ☐ Anspruch auf ☐ keinen Anspruch auf

(3) ☐ Geldleistungen der Krankenversicherung

(3) ☐ Altersrente

(3) ☐ Hinterbliebenenrente

(3) ☐ Rente wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit

(3) ☐ Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

5.4 Wenn ja, ist anzugeben:

Der Zeitraum, für den diese Leistungen bewilligt wurden oder werden:

.....

Leistungspflichtiger Träger: .....

.....

5.5 Seit Beginn der Leistungen wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit

(3) ☐ erhält der Versicherte ☐ erhält der Versicherte kein(e)

(3) ☐ Krankengeld

(3) ☐ Altersrente

(3) ☐ Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung.

5.6 Wenn ja, ist anzugeben:

Der Zeitraum, für den diese Leistungen bewilligt wurden oder werden: .....

.....

Leistungspflichtiger Träger: .....

.....

B — Angaben über die Familienangehörigen

6 Ehegatte

6.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geschlecht .....

6.2 Geburtsdatum: .....

6.3 Tag der Eheschließung: .....

6.4 Der Ehegatte (3) ☐ ist ☐ ist nicht berufstätig.

6.5 Wenn ja, Angabe des Jahresarbeitsverdienstes (5): .....

6.6 Der Ehegatte (3) ☐ ist ☐ ist nicht rentenberechtigt.

6.7 Wenn ja, ist anzugeben:

Rentenart: .....

Leistungspflichtiger Träger: .....

Höhe der Rente: (3) ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich: .....

6.8 Der Ehegatte (3) ☐ erhält ☐ erhält keine andere Sozialleistung (9)

(3) ☐ wegen Arbeitslosigkeit ☐ wegen Krankheit

(3) ☐ wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ☐ sonstige

6.9 Andere Einkünfte: .....

7 Leistungen für Kinder. (Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller nach den Rechtsvorschriften seines Wohnlandes keinen Anspruch auf Kinderzuschläge hat).

7.1	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....
	4.	.....	.....	.....

7.2 Anschrift (2) (11): .....

7.3 Bemerkungen (7): .....

8 Unterhaltsberechtigte Angehörige aufsteigender Linie ([8])

8.1	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.2 Anschrift ([2]) ([11]): .....

.....

8.3 Bemerkungen ([7]): .....

.....

C — Sonstige Angaben

9 ([3]) ☐ Tag der Rentenantragstellung: .....

([3]) ☐ Tag des Rentenbeginns, wenn die Rente von Amts wegen festgestellt wurde:

.....

10 Kann der Versicherte eine andere Rente erhalten, so ist anzugeben:

die Art dieser Rente: .....

der leistungspflichtige Träger: .....

11 Der bearbeitende Träger

([3]) ☐ kann ☐ kann keine vorläufige(n) Leistung(en) gemäß Art. 45.1 VO 574/72 gewähren.

12 Wenn nicht, werden die beteiligten Träger um Feststellung gebeten, ob sie vorläufige Leistungen gemäß Art. 45.2 VO 574/72 gewähren können.

13 ([3]) ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine Verrechnung von Überzahlungen gemäß Art. 111 VO 574/72 vorzunehmen.

14 Beiliegend: Vordruck ([3]) ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 ([10])

15 Bearbeitender Träger

15.1 Bezeichnung: .....

15.2 Anschrift ([2]): .....

.....

15.3 Stempel

15.4 Datum: .....

15.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 6 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Ggf. das Datum der Einbürgerung angeben.

(5) Nur für französische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(6) Nur für belgische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(7) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben ist (Todestag), in der Lehre steht oder die Schule weiterbesucht.

(8) Nur für belgische und deutsche Träger auszufüllen.

(9) Nur für belgische Träger auszufüllen.

(10) Vordruck E 214 ist beizufügen, wenn dieser Vordruck von einem deutschen oder niederländischen Träger ausgestellt wird oder für einen deutschen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

(11) Angabe der gemeinsamen Anschrift; weitere Anschriften nachstehend angeben:

Namen und Vornamen: .....

Anschrift (2): .....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **B** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN BELGIEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (6) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten:			Versicherungszeiten	Gleichgestellte Zeiten (3)	System	Beruf (4)
Jahr	von	bis	(Jahre)	(Jahre)		

5.1 Gesamtversicherungszeit in den belgischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer:

.....

5.2 Bemerkungen (3): .....

.....

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann,

([5]) ☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) In Ziffer 5.2 „Bemerkungen" ist der Grund der Gleichstellung näher anzugeben.

(4) Für Arbeitnehmer, die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt waren, ist Vordruck E 206 beizufügen.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **D** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN DEUTSCHLAND

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (7) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten:			Versicherungszeiten (3)		Gleichgestellte Zeiten (4)		System	Beruf (5)
Jahr	von	bis	Wochen	Monate	Wochen	Monate		

5.1 Gesamtversicherungszeit in den deutschen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer:

.....

5.2 Bemerkungen (3): .....

.....

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann,

([6]) ☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: D = Deutschland.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Hinter der Zahl der Versicherungswochen und -monate durch den Buchstaben „P" kenntlich machen, daß es sich (im Gegensatz zur freiwilligen Versicherung) um Pflichtversicherungszeiten handelt.

(4) Hinter der Zahl der Versicherungswochen und -monate durch den Buchstaben „E" kenntlich machen, daß es sich nicht um Ausfall- sondern Ersatzzeiten handelt. Außerdem ist in Ziffer 5.2 „Bemerkungen" der Grund der Gleichstellung anzugeben.

(5) Für die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesenen Arbeitnehmer ist Vordruck E 206 beizufügen.

(6) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(7) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **F** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN FRANKREICH

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligten Trägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (6) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten:			Versicherungszeiten	Gleichgestellte Zeiten (3)	System	Beruf (4)
Jahr	von	bis	Vierteljahre	Vierteljahre		

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann,

([5]) ☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) In Ziffer 5.2 „Bemerkungen" ist der Grund der Gleichstellung näher anzugeben.

(4) Für Arbeitnehmer, die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt waren, ist Vordruck E 206 beizufügen.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **I** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN ITALIEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (7) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten:			Versicherungszeiten (3)		Gleichgestellte Zeiten (4)		System	Beruf (5)
Jahr	von	bis	Wochen	Monate	Wochen	Monate		

5.1 Gesamtversicherungszeit in den italienischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer und der gleichgestellten Selbständigen: .....

.....

5.2 Bemerkungen (4): .....

.....

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann, ([6])

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: I = Italien.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Hinter der Zahl der Versicherungswochen und -monate durch den Buchstaben „P" kenntlich machen, daß es sich (im Gegensatz zur freiwilligen Versicherung) um Pflichtversicherungszeiten handelt.

(4) Außerdem ist in Ziffer 5.2 „Bemerkungen" der Grund der Gleichstellung anzugeben.

(5) Für die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesenen Arbeitnehmer ist Vordruck E 206 beizufügen.

(6) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(7) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **L** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN LUXEMBURG

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (6) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten:			Versicherungszeiten		Gleichgestellte Zeiten (3)		System	Beruf (4)
Jahr	von	bis	Monate	Tage	Monate	Tage		

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann,

([5]) ☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: L = Luxemburg.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) In Ziffer 5.2 „Bemerkungen" ist der Grund der Gleichstellung näher anzugeben.

(4) Für Arbeitnehmer, die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt waren, ist Vordruck E 206 beizufügen.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 205 **N** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN DEN NIEDERLANDEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (7) Berechtigter

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

AOW- und AWW-Versicherungszeiten (3)		WAO-Versicherungszeiten (3)		Anzahl			Art der Versicherungszeiten (4)
vom	bis	vom	bis	Jahre	Monate	Tage	

5.1 d.h. eine niederländische (5) AOW-AWW-WAO-Gesamtversicherungszeit von

..... Jahren, ... Monaten, ... Tagen

6 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweisen kann,

([6]) ☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71.

7 Träger, der den Vordruck ausfüllt

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift ([2]): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

E 205 | N

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) AOW = Gesetz über die Allgemeine Altersversicherung.
AWW = Gesetz über die Allgemeine Witwen- und Waisenversicherung.
WAO = Gesetz über die Versicherung für den Fall langzeitiger Arbeitsunfähigkeit.

(4) Zur Kenntlichmachung der AOW- und AWW-Versicherungszeiten sind folgende Kennziffern zu verwenden:
P = Pflichtversicherung
F = Freiwillige Versicherung
G = Gleichgestellte Zeiten.

(5) Nichtzutreffendes streichen. Im niederländischen Versicherungssystem gibt es keine eingetragene Mitgliedschaft der Versicherten. Unsere Bescheinigung kann also nur vermutliche niederländische Versicherungszeiten enthalten. Wenn Sie also feststellen, daß der Versicherte in Zeiten, die wir als niederländische Versicherungszeiten angegeben haben, nach den von Ihnen anzuwendenden Rechtsvorschriften versichert war, so können Sie diese Zeiten ohne Rücksprache mit uns von der in Ziffer 5.1 angegebenen niederländischen Gesamtversicherungszeit absetzen.

(6) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(7) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 206 [ ] (1)

AUFSTELLUNG ÜBER BESCHÄFTIGUNGEN IN BERGWERKEN UND GLEICHGESTELLTEN BETRIEBEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligtenTrägers: .....

3 Arbeitnehmer

3.1 Name | Vornamen | Mädchenname

.....

3.2 Geburtsort | Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit

.....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer: .....

4 (5) Berechtigter

4.1 Name | Vornamen | Mädchenname

.....

4.2 Geburtsort | Geburtsdatum | Geschlecht | Staatsangehörigkeit

.....

4.3 Anschrift (2): .....

.....

5

Betriebe (3)	Art der ausgeübten Beschäftigungen (4)	Beschäftigungszeiten		Jeweilige Zeitdauer					
				insgesamt			davon unter Tage		
		von	bis	Jahre	Monate	Tage	Jahre	Monate	Tage

6	Träger, der den Vordruck ausfüllt

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([2]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

E 206

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Angabe der Betriebe, in denen der Betreffende beschäftigt war, sowie Art des gewonnenen bzw. bearbeiteten Erzeugnisses.

(4) Genaue Bezeichnung der Tätigkeit mit näherem Hinweis, ob diese über oder unter Tage ausgeübt wurde.

(5) Zutreffendenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 207 [ ] (1)

ANGABEN ÜBER DEN BESCHÄFTIGUNGSVERLAUF DES ARBEITNEHMERS

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 69

Gegebenenfalls vom bearbeitenden Träger auszufüllen und den Vordrucken E 202, E 203 und E 204 beizufügen.

Die Angaben in Feld 3 wurden beim Versicherten eingeholt und werden dem beteiligten Träger zweckmäßigerweise übermittelt.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Versicherungsnummer: .....

1.4 Anschrift (2): .....

.....

(Angaben über den Beschäftigungsverlauf auf Seite 2 eintragen)

2 Bearbeitender Träger

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Anschrift (2): .....

.....

2.3 Stempel

2.4 Datum: .....

2.5 Unterschrift

.....

3 Angaben über jeden einzelnen Zeitraum

	Zeiten		Art der Beschäftigung (3)	Bezeichnung und Firmenname des Unternehmens	Ort und Land der tatsächlichen Beschäftigung	a) Versicherungsträger oder -system b) Versicherungsnummer c) Art der Versicherung (4)	Wohnort während der Beschäftigungszeit
	vom	bis					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

(2)

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Reicht Seite 2 für die Angaben über den Beschäftigungsverlauf nicht aus, so sind weitere Ausfertigungen der Seite 2 anzufügen, auf denen die laufenden Nummern (links) fortlaufend zu numerieren sind.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Anzugeben ist die Art der ausgeübten Tätigkeit (Arbeitnehmer oder Selbständiger), z.B. Schlosser, Verkäufer, Landwirt. Gegebenenfalls: Wehrdienst (Land), Schul- oder Berufsausbildung, Zeiten ohne berufliche Tätigkeit (z.B. Hausfrau, Arbeitslosigkeit, Krankheit usw.)

(4) Nähere Angabe, ob es sich um Pflichtversicherung, um freiwillige Versicherung, freiwillige Weiterversicherung oder um einen versicherungslosen Zeitraum handelt.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 208 [ ] (1)

BESTIMMUNG DER ANSPRÜCHE

auf (7) ☐ **Altersrente** ☐ **BU-/EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

in (2) .....

VO 1408/71: Art. 46.1 und 2; Art. 49.2 und 3
VO 574/72: Art. 43.2 und 3; Art. 46

Vom beteiligten Träger dem bearbeitenden Träger zu übersenden.

1 An den bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligten Trägers: .....

3 Versicherter

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Versicherungsnummer .....

3.3 Anschrift (3): .....

.....

4 Anspruchsberechtigter (4)

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsdatum: ..... Geschlecht .....

4.3 Anschrift (3): .....

.....

4.4 Verwandtschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten: .....

5 Tag der Antragstellung: .....

6 Bei Ablehnung des Antrags (5)

Begründung: .....

.....

.....

.....

.....

7 Bei Zuerkennung einer Rente (5)

7.1 Höhe der Jahresrente (6) nach Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71, die der Versicherte für die in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Versicherungszeiten (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, freiwillige Weiterversicherung) und gleichgestellten Zeiten beanspruchen kann, auch wenn einzelne dieser Zeiten sich mit in einem anderen Staat zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

7.2 Höhe der tatsächlichen theoretischen Jahresrente (6) nach Art. 46.2 VO 1408/71, die gezahlt würde, wenn die nach Art. 15 VO 574/72 ermittelten Versicherungszeiten und gleichgestellten Zeiten insgesamt in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegt worden wären:

.....

7.3 Höhe der tatsächlichen anteiligen Jahresrente (6) nach Art. 46.2.b,c,d VO 1408/71 auf Grund der in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Zeiten unter Ausschluß der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

7.4 Höhe der tatsächlichen anteiligen Rente (6) nach Art. 46.2.b,c,d VO 1408/71 auf Grund der in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Zeiten, einschließlich der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

7.5 Rentenbeginn: .....

8 Beteiligter Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (3): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Angabe des Landes.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

4) Nur auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag auf Hinterbliebenenrente handelt.

(5) Je nach Fall entweder Feld 5 oder Feld 6 ausfüllen.

(6) Die Jahresrente wird auf der am Tage des Rentenbeginns maßgebenden Grundlage errechnet, und die Höhe der zu zahlenden Beträge bleibt während eines Jahres gleich.

(7) Zutreffendes im Feld davor ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 209 ☐ (1)

BESTIMMUNG DER RENTENBETRÄGE

der (2) ☐ **Altersrente** ☐ **BU-EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

ZWECKS ETWAIGER ANWENDUNG DES ART. 46.3 VO 1408/71

Es wird vom bearbeitenden Träger ausgefertigt, der jedem beteiligten Träger ein Exemplar hiervon übersendet.

1 An den beteiligten Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligten Trägers: .....

3 Versicherter

3.1 Name	Vornamen	Mädchenname
.....	.....	.....

3.2 Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
.....	.....	.....	.....

4 Anspruchsberechtigter (4)

4.1 Name	Vornamen	Mädchenname
.....	.....	.....

4.2 Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....

4.3 Anschrift (3): .....

.....

4.4 Verwandtschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten: .....

(Für die Bestimmung der Rente Seite 2 verwenden)

5 Bearbeitender Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

6 Bestimmung der Beträge am .....

Leistungspflichtiges Land	Jahresbetrag in der Landeswährung des zuständigen Trägers (5)			Jahresbetrag in der Landeswährung des bearbeitenden Trägers				Jahresbetrag in der Landeswährung des zuständigen Trägers (5) (Rente nach Anwendung des Artikels 46.3 VO 1408/71 (8))
	Theoretische Rente (Art. 46.2.a VO 1408/71)	Einzelstaatliche Rente (Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71)	Anteilige Rente (6) (Art. 46.2.b VO 1408/71)	Theoretische Rente (Art. 46.2.a VO 1408/71)	Höchster Betrag (7) aus Spalte 3 oder 4		Produkt aus Kürzungskoeffizient mal Beträge in Spalte 6 (siehe Feld 7)	
					Beträge der Spalte 3 (Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71)	Beträge der Spalte 4 (Art. 46.2.b VO 1408/71)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
Insgesamt:					A	B		
Übernahme der Summe B aus Spalte 7					B			
Summe der von allen Ländern geschuldeten Renten (C = A + B)					C			
Höchste theoretische Rente laut Spalte 5					D			
Unterschiedsbetrag (C–D = E)					E			

8 Paritäten (9)

Landeswährung des zuständigen Trägers		Landeswährung des bearbeitenden Trägers
100 DM	=	.....
100 bfrs	=	.....
100 ffrs	=	.....
100 Lire	=	.....
100 lfrs	=	.....
100 hfl.	=	.....

7 Bestimmung des Kürzungskoeffizienten gemäß Art. 46.3 VO 1408/71. (Dieser Koeffizient wird zur Berechnung der Beträge in Feld 6 Spalte 8 herangezogen.)

Gesamtbetrag der einzelstaatlichen Renten (Spalte 6)	A .....
Unterschiedsbetrag	E .....
Kürzungskoeffizient $F = \frac{A-E}{A}$	F .....

(2)

E 209

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN:

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Nur bei Antrag auf Hinterbliebenenrente auszufüllen.

(5) Genaue Angabe der Währungseinheit.

(6) Ohne Berücksichtigung der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung berechnet, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Pflichtversicherungszeiten überschneiden.

(7) Sind der Betrag in Spalte 3 und der Betrag in Spalte 4 gleich, dann ist dieser Betrag in Spalte 6 einzusetzen.

(8) Zu dem Betrag in Spalte 7 kommt gegebenenfalls noch die Rentenerhöhung nach Artikel 46.1 VO 574/72, die den Zeiten freiwilliger Versicherung oder freiwilliger Weiterversicherung entspricht, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Versicherungszeiten überschneiden.

(9) Siehe Art. 107 VO 574/72.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 210 ☐ (1)

RENTENBEWILLIGUNGSBESCHEID / RENTENABLEHNUNGSBESCHEID

Betr.: (5) ☐ **Altersrente** ☐ **BU-/EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

VO 1408/71: Art. 48

Von jedem beteiligten Träger auszufüllen und dem bearbeitenden Träger mit zwei Durchschriften des Rentenbescheides in zwei Ausfertigungen zu übersenden.

1 An den bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Geschäftszeichen

2.1 des bearbeitenden Trägers: .....

2.2 des beteiligten Trägers: .....

3 Versicherter

3.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

3.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

3.3 Anschrift (2): .....

.....

3.4 Versicherungsnummer .....

4 Anspruchsberechtigter (3)

4.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

4.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

4.3 Verwandtschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten: .....

4.4 Anschrift (2): .....

.....

5 Der Antrag wird abgelehnt (4)

Begründung: .....

.....

.....

.....

6 Rente wird gewährt (4)

6.1 Jahresrente: .....

6.2 Ggf. Kürzung auf Grund der Doppelleistungsbestimmungen (Art. 12 VO 1408/71 und Art. 7 VO 574/72): .....

Begründung: .....

.....

.....

6.3 Geschuldeter Betrag: .....

6.4 Rentenbeginn: .....

7 Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe: s. Vordruck E 212

8 Beteiligter Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

E 210

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Nur ausfüllen, wenn es sich um einen Antrag auf Hinterbliebenenrente handelt.

(4) Je nach Fall entweder Feld 5 oder Feld 6 ausfüllen.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 211 [ ] (1)

ZUSAMMENFASSUNG DER RENTENBEWILLIGUNGS- BZW. RENTENABLEHNUNGSBESCHEIDE

VO 574/72: Art. 48

Dieser Vordruck ist in der Sprache des Antragstellers vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der ihm je eine Ausfertigung der Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide (E 210) sowie einen Merkzettel über Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe (E 212) beifügt. Je eine Ausfertigung ist vom bearbeitenden Träger jedem der beteiligten Träger unter Beifügung der Bescheide (E 210) aller anderen Träger zu übersenden.

1 Antragsteller

1.1	Name	Vornamen		Mädchenname
	.....	.....		.....
1.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....
1.3	Anschrift (2):			
	.....			

2 Ihr Antrag auf

2.1 (3) [ ] Altersrente [ ] Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit [ ] Hinterbliebenenrente

2.2 wurde von folgenden Versicherungsträgern geprüft:

3 Beteiligte Träger

	Land	Träger	Geschäftszeichen
3.1	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....

4 Diese Träger haben folgende Entscheidungen getroffen (s. beigefügte Vordrucke E 210)

5 Ihr Antrag wird abgelehnt

5.1 ([4]) in bezug auf .....

Begründung: .....

.....

.....

.....

5.2 ([4]) in bezug auf .....

Begründung: .....

.....

.....

.....

6 Ihnen wird eine Rente gewährt

	([4]) in bezug auf	Jahresrente in der Währung des leistungspflichtigen Landes ([5]) ([6])	Rentenbeginn
6.1	.....	.....	.....
6.2	.....	.....	.....
6.3	.....	.....	.....
6.4	.....	.....	.....
6.5	.....	.....	.....

7 Falls Sie gegen den Bescheid eines oder mehrerer dieser Träger Widerspruch erheben wollen, können Sie die in Vordruck E 212 aufgeführten Rechtsbehelfe innerhalb der darin angegebenen Fristen für Rechtsbehelfe in Anspruch nehmen.

8 Bearbeitender Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift ([2]): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

E 211

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dem der bearbeitende Träger angehört: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) In Betracht kommendes Land und ggf. das betreffende System angeben.

(5) Im Falle einer Rentenanpassung oder -neuberechnung nach innerstaatlichen Rechtsvorschriften wird der obige Betrag geändert, ohne daß die neue Rentenhöhe eigens mitgeteilt würde.

(6) Dieser Betrag kann ggf. um die zu Lasten des Rentners gehenden Steuern und Beiträge gekürzt werden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 212 [ ] (1)

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

VO 574/72: Art. 48

A — Wenn Sie mit dem oder den erhaltenen Rentenbescheiden nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch dagegen erheben. Hierzu ist von Ihnen **bei jedem angefochtenen Bescheid** folgendes zu beachten:

1. Ihre Einwendungen sind in einem Brief klar aufzuführen.

2. Die Geschäftszeichen des angefochtenen Bescheids sind darin anzugeben. Eine Kopie dieses Bescheids ist beizufügen. (2)

3. Der Brief ist zu unterschreiben. Falls Sie nicht unterschreiben können, setzen Sie ein Kreuz und lassen Sie Ihren Rechtsbehelf von zwei volljährigen Personen mit Angabe ihres Namens, ihrer Vornamen und ihrer Anschrift unterschreiben (3).

B — 1. Eine Beschwerde gegen einen **belgischen** Bescheid ist innerhalb eines Monats nach erfolgter Zustellung einzureichen:

— beim Arbeitsgericht des Gerichtsbezirks Ihres Wohnorts, wenn Sie in Belgien wohnen (Arbeitsgericht .....),

— beim Arbeitsgericht des Gerichtsbezirks Ihres letzten Wohnorts bzw. Wohnsitzes in Belgien, wenn Sie außerhalb Belgiens wohnen;

sie ist jeweils entweder mittels Einschreiben zu übersenden oder in der Kanzlei des Gerichts abzugeben.

2. Eine Beschwerde gegen einen **deutschen** Bescheid ist innerhalb von 3 Monaten nach erfolgter Zustellung in zweifacher Ausfertigung einzureichen:

— entweder bei der deutschen Stelle, deren Anschrift in der deutschen Mitteilung steht,

— oder beim Sozialgericht .....

in .....

— oder beim Konsulat der Bundesrepublik Deutschland in

.....

3. Eine Beschwerde gegen einen **französischen** Bescheid ist innerhalb von 2 Monaten nach erfolgter Zustellung beim Vorsitzenden der „Commission de recours gracieux de la Caisse de Sécurité Sociale" einzureichen, deren Anschrift in der französischen Mitteilung steht.

4. Eine Beschwerde gegen einen **italienischen** Bescheid ist an das „Comitato Provinciale" bei der Provinzialverwaltungsstelle der INPS in

.....

zu richten. Sie ist binnen 90 Tagen nach dem Tage der Zustellung der zusammenfassenden Mitteilung der Rentenbescheide (Vordruck E 211) einzureichen. Falls auf Ihre Beschwerde in erster Instanz binnen 90 Tagen keine Entscheidung ergangen ist, gilt Ihre Beschwerde als abgelehnt, und Sie können innerhalb weiterer 90 Tage Beschwerde in zweiter Instanz erheben bei:

.....

.....

Obige Rechtsbehelfe gelten für Anträge auf Renten, über die die INPS im Rahmen der allgemeinen Versicherung für den Fall des Alters, der Invalidität und für Hinterbliebene entscheidet.

Beschwerden gegen Entscheidungen der INPS oder anderer Einrichtungen im Rahmen von Sondersystemen unterliegen anderen Vorschriften, die dem Antragsteller gesondert mitgeteilt werden.

5. Eine Beschwerde gegen einen **luxemburgischen** Bescheid ist innerhalb von 40 Tagen nach erfolgter Zustellung in zweifacher Ausfertigung beim „Conseil arbitral des Assurances Sociales" in Luxemburg einzureichen.

6. Eine Beschwerde gegen einen **niederländischen** Bescheid ist innerhalb eines Monats ab dem Tage, an dem Sie billigerweise Kenntnis von dem Rentenbescheid erhalten konnten, in zweifacher Ausfertigung beim „Raad van Beroep" in

   .....

   einzureichen.

Bemerkung:

Diese Fristen beginnen mit dem Tage der Zustellung des Rentenbescheides. Wir weisen jedoch darauf hin, daß Rechtsbehelfe, die innerhalb der in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates gesetzten Fristen eingehen, laut Artikel 86 VO 1408/71 als ordnungsgemäß eingereicht gelten, wenn sie innerhalb der jeweils gleichen Frist beim entsprechenden Gericht eines anderen Mitgliedstaates eingereicht werden.

E 212

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dem der bearbeitende Träger angehört; B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Ausgenommen bei Deutschland und Belgien.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 213 ☐ (1)

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

VO 1408/71: Art. 39 bis 41 und Art. 87

Ist der vorliegende Vordruck für einen deutschen oder niederländischen Träger bestimmt bzw. wird er von einem deutschen oder niederländischen Arzt ausgefüllt oder vom Träger eines Mitgliedstaates angefordert, so ist er durch eine an Hand des Vordrucks E 214 über die ärztliche Beurteilung der Funktionsmöglichkeiten bzw. -beschränkungen angefertigte Anlage zu ergänzen.

1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Untersuchte Person

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift (2): .....

.....

2.4 Zuletzt ausgeübter Beruf: .....

2.5 (3) ☐ Versicherungsnummer: ..... ☐ Rentennummer: .....

2.6 Aktennummer: .....

2.7 Rentenantrag gestellt am: .....

2.8 Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: .....

3 Ärztlicher Bericht angefertigt von Dr. med.

3.1 Name: ..... Vornamen: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Vertrauensarzt des/der: .....

TEIL I — FRAGEBOGEN FÜR SÄMTLICHE FÄLLE

A. Anamnese

1. Eigene und Familienvorgeschichte:

.....

.....

.....

.....

2. Jetzige Krankheit (vorgebrachte Beschwerden, Beginn des Leidens, Verlauf, bisherige Behandlung):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Befund

1. Allgemeinzustand

Größe: ..... Gewicht: .....

Gesamterscheinung (vorzeitig gealtert, ruhig, lebhaft usw.): .....

Körperbau (kräftig, mittelkräftig, schwach): .....

Haltung: ..... Gang: .....

Bewegungen: .....

Muskulatur: .....

Aussehen der Schleimhäute: .....

Ernährungszustand: .....

Gesichtsfarbe (blaß, blau-rötlich): .....

Mund und Gebiß: .....

.....

2. Sinnesorgane

Gehör: .....

Sehvermögen: .....

Geruchssinn: .....

3. Atmungsorgane

(Obere Atemwege, Lungen, Brustumfang, Form des Brustkorbs, makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen, Röntgenuntersuchung usw.).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Röntgenbefund mit Angabe des Datums (ggf. Vordruck E 214 beifügen) ([4]):

.....

.....

.....

.....

.....

Sonstige Angaben: .....

.....

4. Kreislauforgane

(Herz, Aorta, Blutgefäße (Herzgrenzen, Auskultation, Puls, Blutdruck, Atemstörungen, Ödeme, Zustand der peripheren Blutgefäße, Krampfadern, Röntgenbefund usw.):

.....

.....

.....

Prüfung der Herz- und Kreislauffunktion	Blutdruck (RR)	Atemzüge je Minute	Pulsschlag je Minute	Sonstige Beobachtungen nach Belastungen
— nach längerer Ruhe — nach ..... Kniebeugen in ..... Sekunden — sofort: — nach 2 Minuten — nach 4 Minuten — nach 6 Minuten				— Atemstörungen? (3) ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lange? ..... — Lippenzyanose? (3) ☐ Ja ☐ Nein — Extrasystolen? (3) ☐ Ja ☐ Nein
— Sonstige Rhythmusstörungen nach Belastung? .... — Besondere Bemerkungen:				— Falls Extrasystolen bereits bei Ruhe vorhanden waren, werden sie häufiger? (3) ☐ Ja ☐ Nein seltener? (3) ☐ Ja ☐ Nein oder verschwinden sie vollständig? (3) ☐ Ja ☐ Nein

Elektrokardiogramm-Befund mit Angabe des Datums:

.....

.....

Oszillogramm-Befund mit Angabe des Datums:

.....

.....

5. Verdauungsorgane

(Bauchdecke, Brüche, Abtasten der Bauchdecke, Operationsnarben, Leber, Milz, Ganglien usw.):

.....

.....

.....

Niederschrift über Röntgenuntersuchungen mit Angabe des Datums:

.....

.....

.....

6. Bewegungsapparat

(Knochen, Muskeln, Form und Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule, Lasègue, Vergleichsmessungen der Gliedmaßen; Angabe etwaiger Funktionsminderung in Grad):

.....

.....

.....

.....

7. Harn- und Geschlechtsorgane

.....

Ergebnis der Harnuntersuchung und etwaiger sonstiger Untersuchungen (Azotämie, Pyelographie, gynäkologische Untersuchung usw.) mit Angabe des Datums:

.....

.....

.....

8. Nervensystem und Psyche

(Pupillen- und periphere Reflexe, Paresen, Paralysen, größere Sensibilitätsstörungen, Auffälligkeiten der Psyche):

.....

Elektrodiagnose– oder Elektroenzephalogrammbefund:

.....

9. Sonstige Organe und Systeme:

.....

.....

10. Blutuntersuchungen mit Angabe des Datums; Hämoglobin- und Erythrozytenwerte usw.:

.....

.....

11. Sonstige Befunde mit Angabe des Datums (Senkungsreaktion, Luesreaktion usw.)

.....

.....

.....

Sonstige spezifische Untersuchungen ([3]) ☐ sind ☐ sind nicht erforderlich.

Falls ja, welche? .....

Tag der Beantragung der Untersuchung: .....

C. Diagnose und Auswertung

1. Diagnose mit Begründung und Beurteilung:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Der Zustand des Untersuchten (3) ☐ hat sich ☐ hat sich nicht konsolidiert:

.....

.....

3. Tag des Beginns der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit (7):

.....

4. Tag des Beginns der derzeitigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (8):

.....

5. Der Untersuchte (3) ☐ kann eine ☐ kann keine andere als die bisherige Beschäftigung ausüben.

6. Der Untersuchte (3) ☐ kann ☐ kann nicht umgeschult werden.

7. Der Untersuchte (3) ☐ ist völlig außerstande, ☐ ist nicht völlig außerstande, sich fortzubewegen.

8. Der Untersuchte (3) ☐ ist ☐ ist nicht in stationäre Behandlung gekommen.
   Falls ja, voraussichtliche Dauer derselben: .....
   Gegebenenfalls Tag der Entlassung: .....

9. Bei den Verrichtungen des täglichen Lebens ist der Untersuchte auf die Hilfe einer dritten Person (3) ☐ angewiesen ☐ nicht angewiesen.

10. Die Leistungsminderung ist (3) ☐ vorübergehend ☐ dauernd.

11. Tag der voraussichtlichen Beendigung dieser vorübergehenden Leistungsminderung: .....

12. Seit der Rentengewährung ist

(3) ☐ eine Besserung ☐ keine Änderung ☐ eine Verschlimmerung eingetreten.

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

13. Nachuntersuchung (3) ☐ ist ☐ ist nicht erforderlich.

Falls ja, ist anzugeben, an welchem Tage: .....

TEIL II — FRAGEBOGEN FÜR BESTIMMTE FÄLLE

1. Vorbehaltlich der Auffassung der zuständigen Verwaltung kann die Entschädigung für die Verletzung oder die Krankheit des Untersuchten nach Auffassung des praktischen Arztes, der das vorliegende Formblatt ausfüllt,

   ([3]) ☐ als ☐ nicht als

   unter die Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten fallend betrachtet werden.

   Sofern der Untersuchte früher die Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Militärrenten bzw. Zivilkriegsgeschädigtenrenten in Anspruch nahm:

   — Art dieser Verletzung bzw. dieser Krankheit:

   .....

   .....

   .....

   — vorgeschlagener Leistungsminderungsgrad: .....

2. Bei Unfall Tag der Konsolidierung der Verletzung: .....

3. Angezeigte Behandlung:

   .....

   .....

   .....

   .....

   Der Untersuchte ist damit ([3]) ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden.

4. Weitere ärztliche Behandlung

   ([3]) ☐ kann eine ☐ kann keine Besserung bewirken

   ([3]) ☐ kann ☐ kann nicht zur Heilung führen.

5. Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit für die Arbeit im Bergbau (nur wenn es sich um einen Bergmann handelt) ([5]):

   Unter Tage: ..... Über Tage: .....

   (gegebenenfalls Vordruck E 214 beifügen)

6. Der Untersuchte ([3]) ☐ muß ☐ braucht nicht

   ([3]) ☐ seine Arbeit im Bergbau aufgeben

   ([3]) ☐ seine Beschäftigung wechseln.

   Bemerkungen:

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

TEIL III — ERGEBNIS

1 Tag, an dem die Arbeit tatsächlich aufgegeben wurde: .....

2 Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht

([3]) ☐ vollständige ☐ teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Falls teilweise, Grad angeben: .....

3 Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Untersuchten entsprechende Tätigkeit:

.....

4 Art der Invalidität ([6]): .....

5

5.1 Datum: .....

5.2 Unterschrift des Arztes: .....

6 Träger, der die Untersuchung hat durchführen lassen

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([2]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 10 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land,

(3) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(4) Diese Angaben sind unbedingt erforderlich, wenn sich der Antrag auf Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ganz oder teilweise auf eine die Atmungsorgane betreffende Erkrankung stützt.

(5) Betrifft nicht die Niederlande.

(6) Nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Entscheidung über einen Rentenantrag erfolgt.

(7) Für die niederländischen Träger oder wenn dieser Bericht von einem niederländischen Träger ausgestellt wird, ist der erste Tag der jetzigen Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

(8) Für die niederländischen Träger ist der Tag des Rentenbeginns anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 214 [ ] (1)

ÄRZTLICHER BERICHT ÜBER DIE BEURTEILUNG DER FUNKTIONSMÖGLICHKEITEN UND BESCHRÄNKUNGEN

VO 1408/71: Art. 33 bis 41; Art. 87

Dem Vordruck E 213 beizufügen, wenn dieser vom Arzt eines deutschen oder niederländischen Trägers ausgefertigt wird oder für einen deutschen oder niederländischen Träger bestimmt ist, oder falls ein Träger eines anderen Mitgliedstaates diesen anfordert.

1 Untersuchte Person

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....

1.4 Zuletzt ausgeübter Beruf: .....

1.5 (3) ☐ Versicherungsnummer: ☐ Rentennummer:

2 Ärztlicher Bericht angefertigt von Dr. med.

Name: ..... Vornamen: .....

Anschrift (2): .....

Vertrauensarzt des/der: .....

3 Beiliegend: Vordruck (3) ☐ E 204 ☐ E 213

Fragen		Antworten (3)						Bemerkungen
		ja	gelegentlich	häufig	vollzeitig	teilzeitig	nein	
4	Kann der Versicherte							
4.1	schwere	☐					☐	
4.2	mittelschwere	☐					☐	
4.3	leichte Arbeiten verrichten?	☐					☐	
4.4	Arbeiten hauptsächlich im Stehen oder Gehen verrichten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
4.5	hauptsächlich im Sitzen arbeiten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
4.6	abwechselnd im Stehen, Sitzen und Gehen arbeiten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
4.7	gebückt	☐	☐	☐			☐	
4.8	hockend	☐	☐	☐			☐	
4.9	kniend	☐	☐	☐			☐	
4.10	liegend	☐	☐	☐			☐	
4.11	mit erhobenen Armen	☐					☐	
4.12	in trockener Umgebung	☐	☐	☐			☐	
4.13	feuchter Umgebung	☐	☐	☐			☐	
4.14	in kalter Umgebung	☐	☐	☐			☐	
4.15	warmer Umgebung	☐	☐	☐			☐	
4.16	heißer Umgebung	☐	☐	☐			☐	
4.17	im Wasser arbeiten?	☐	☐	☐			☐	
4.18	plötzliche Temperaturwechsel ertragen?	☐					☐	
4.19	im Freien	☐					☐	
4.20	in geschlossenen Räumen arbeiten?	☐					☐	
4.21	in beengten Raumverhältnissen (Kanäle, Räume, in die man hineinkriechen muß) arbeiten?	☐	☐	☐			☐	
4.22	Treppen steigen?	☐	☐	☐			☐	
4.23	auf Leitern steigen?	☐	☐	☐			☐	
4.24	auf Dächer steigen?	☐	☐	☐			☐	
	gelegentlich oder wiederholt Lasten heben und tragen (be- und entladen usw.)							
4.25	schwere Lasten (über 25 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.26	mittlere Lasten (10 bis 15 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.27	leichte Lasten (5 bis 10 kg)	☐	☐	☐			☐	
4.28	sehr leichte Lasten (unter 5 kg)	☐	☐	☐			☐	

Fragen	Antworten (3)						Bemerkungen
	ja	gelegentlich	häufig	vollzeitig	teilzeitig	nein	
4.29 Muß der Versicherte zum Heben und Tragen eine besondere Technik anwenden (z.B. mit gestrecktem Rücken und gebeugten Knien)?	☐					☐	
4.30 Ist er gegenüber bestimmten Stoffen allergisch?	☐					☐	Wenn ja, nähere Angaben über Stoff und Maßnehmen.
4.31 Benötigt er zur Arbeit besondere Hilfsmittel (z.B. verstellbaren Stuhl, Mehrzweckstuhl usw.)?	☐					☐	Wenn ja, nähere Angaben.
4.32 Kann er öffentliche Verkehrsmittel benutzen?	☐					☐	
Welche Entfernung kann er ungefähr zurücklegen:							
4.33 zu Fuß?							..... km
4.34 mit dem Fahrrad?							..... km
4.35 mit dem Moped?							..... km
4.36 mit dem Auto?							..... km
4.37 im Rollstuhl?							..... km
4.38 im motorisierten Krankenfahrstuhl?							..... km
4.39 Kann er zusammen mit anderen arbeiten?	☐					☐	
4.40 Kann er Maschinen oder Geräte benutzen, mit denen eine gewisse Gefährdung verbunden ist?	☐					☐	
4.41 Kann er leitende, aufsichtführende oder organisatorische Arbeiten verrichten, wie sie in einem Eigenbetrieb anfallen können?	☐					☐	
4.42 Sind bei bestimmten Tätigkeiten psychologische Besonderheiten zu berücksichtigen?	☐					☐	Wenn ja, angeben bei welchen bzw. welche.
4.43 Bestehen Vorbehalte hinsichtlich des Arbeitstempos?	☐					☐	Wenn ja, Begründung angeben.
4.44 Sind in Anbetracht der Antworten auf die obigen Fragen selbst bei geeigneten Arbeitsbedingungen häufige oder längere Arbeitsversäumnisse wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen zu erwarten?	☐					☐	

5

Datum: ..... Unterschrift des Arztes .....

6 Träger, der die Untersuchung hat durchführen lassen

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift ([2]): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Zutreffendes im betreffenden Fach bzw. in den betreffenden Fächern ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 301 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG VON ZEITEN, DIE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

VO 1408/71: Art. 67; Art. 68; Art. 71.1.a.ii; Art. 71.1.b.ii
VO 574/72: Art. 80; Art. 81; Art. 84.2

Auszustellen vom zuständigen Träger der Arbeitslosenversicherung oder von dem von der zuständigen Behörde bezeichneten Träger des Landes, in dem der Arbeitslose versichert war.

1 Arbeitnehmer

1.1	Familienname	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Genannte hat

2.1 (3) ☐ im letzten Jahr (2) ☐ in den letzten 2 Jahren (2) ☐ in den letzten 3 Jahren (2) vor Beendigung der letzten Beschäftigung

3 **folgende Versicherungszeiten und gleichgestellte Zeiten zurückgelegt** (4):

3.1 Versicherungszeiten (5)

vom	bis

3.2 Gleichgestellte Zeiten (6)

vom	bis	Grund der Gleichstellung (7)

4 **folgende Beschäftigungszeiten und gleichgestellte Zeiten zurückgelegt** (4):

4.1 Beschäftigungszeiten (5) (6)

vom	bis	Art der Tätigkeit (9)

4.2 Gleichgestellte Zeiten (6) (8)

vom	bis	Grund der Gleichstellung (7)

5 **folgende Versicherungs- und Beschäftigungszeiten zurückgelegt** (10):

vom	bis

5.1 **folgende den Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten gleichgestellte Zeiten zurückgelegt (11):**

vom	bis	Grund der Gleichstellung (7)

6 **folgende Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten zurückgelegt** (8):

6.1 (3) ☐ weniger als 52 Wochen, nämlich

vom	bis

6.2 (3) ☐ 52 Wochen oder mehr. Letzter Beschäftigungstag: .....

7 **Angaben über das letzte Beschäftigungsverhältnis:**

Wirtschaftszweig	Art der Tätigkeit (z.B. „Maurer", nicht „Bauarbeiter")	Ungefährer durchschnittlicher Wochenverdienst

7.1 Grund für die Auflösung (12):

.....

8 Der Genannte hat ([13])

8.1 ([3]) ☐ über das Ende der Beschäftigung hinaus Arbeitsentgelt erhalten/zu beanspruchen, nämlich bis zum .....

8.2 ([3]) ☐ im Zusammenhang mit der Beendigung eine Abfindung oder ähnliche Beträge erhalten/ zu beanspruchen in Höhe von: .....

8.3 ([3]) ☐ einen Urlaubsabgeltungsbetrag erhalten/ zu beanspruchen in Höhe von..... für ..... Tage ([14])

8.4 ([3]) ☐ auf folgende Ansprüche aus dem Beschäftigungsverhältnis verzichtet ([15]):

.....

Gründe: .....

9 Der Genannte hat seit Beginn der ersten oben bescheinigten Zeit Leistungen wegen Arbeitslosigkeit bezogen ([16]):

vom	bis

10 Der Genannte hat keinen Anspruch auf Leistungen nach Artikel 69 VO 1408/71, weil er

10.1 ([3]) ☐ nach dem Recht des diese Bescheinigung ausstellenden Trägers keinen Anspruch auf Leistungen hat.

10.2 ([3]) ☐ der Arbeitsvermittlung des zuständigen Trägers nicht 4 Wochen lang nach Beginn der Arbeitslosigkeit zur Verfügung gestanden hat und ihm auch nicht die Abreise vor Ablauf dieser Frist genehmigt wurde.

11 Der Genannte hat auch keinen Anspruch auf Leistungen nach Art. 71.1.a.i. oder b.i. VO 1408/71 gegen den Träger, der diese Bescheinigung ausstellt.

12 Ausstellende Dienststelle

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Anschrift ([17]): .....

.....

12.3 Dienstsiegel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) 1 Jahr, wenn die Bescheinigung für einen französischen, luxemburgischen oder niederländischen Träger bestimmt ist; 2 Jahre, wenn sie für einen italienischen Träger bestimmt ist, und 3 Jahre, wenn sie für einen deutschen oder belgischen Träger bestimmt ist.

([3]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([4]) Sind die in den Ziffern 3.1 und 3.2, 4.1 und 4.2 verlangten getrennten Angaben nicht möglich, so ist in Ziffer 3.1 bzw. 4.1 die Gesamtzeit einzutragen.

([5]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, deutschen, französischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

([6]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, deutschen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

([7]) z.B.: Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Wehrdienst, Berufsausbildung, nachweisliche Arbeitslosigkeit usw.

([8]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen italienischen Träger bestimmt ist.

([9]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen französischen oder italienischen Träger bestimmt ist.

([10]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen luxemburgischen Träger bestimmt ist.

([11]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen französischen oder luxemburgischen Träger bestimmt ist.

([12]) z.B.: Ablauf des Arbeitsvertrages, Kündigung, Entlassung, fristlose Entlassung wegen .....

([13]) Angabe nicht erforderlich, wenn die Bescheinigung für einen luxemburgischen Träger bestimmt ist.

([14]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, französischen, italienischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

([15]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, italienischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

([16]) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen deutschen, französischen oder italienischen Träger bestimmt ist; ist sie für einen italienischen Träger bestimmt, sind alle Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld im letzten Jahr vor Ausstellung dieser Bescheinigung anzugeben.

([17]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 302 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN, DIE FÜR DIE BERECHNUNG DER LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT BERÜCKSICHTIGT WERDEN KÖNNEN

VO 1408/71: Art. 68.2
VO 574/72: Art. 82

Von dem von der zuständigen Behörde bezeichneten Träger des Wohnlandes der Familienangehörigen auszustellen.

1 Arbeitsloser

1.1	Familienname	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Familienangehörige

Lfd. Nr.	Familien-name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandt-schafts-verhältnis	Wohnort
1	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....	.....

3 Gegebenenfalls Einkommen der Familienangehörigen (Art und monatlicher Betrag einschließlich sozialer Leistungen) (3)

Lfd. Nr. (2)	Familien-angehöriger	Art	Höhe
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

4 Bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit ist der Arbeitslose für den Unterhalt der Angehörigen unter lfd. Nr.

..... aufgekommen ([4]).

4.1 Der Angehörige unter lfd. Nr.

..... ist wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage, seinen Lebensunterhalt aus eigenen Kräften zu beschaffen ([4]).

4.2 Den Familienzuschlag für die Angehörigen unter lfd. Nr.

.....

hat eine andere Person zu ihrem Arbeitslosengeld erhalten, und zwar für die Zeit

vom ..... bis .....

4.3 Angaben, die nur der deutsche Träger benötigt:

Der genannte Arbeitslose lebt, abgesehen von der Zeit der Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland, mit seinem Ehegatten

([5]) ☐ im gleichen Haushalt ☐ ([5]) nicht im gleichen Haushalt.

4.4 Diese Bescheinigung gilt 12 Monate vom Tag ihrer Ausstellung an.

5 Ausstellende Dienststelle

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift ([6]): .....

.....

5.3 Dienstsiegel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

E 302

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN:

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Die in Betracht kommenden Familienangehörigen nach der lfd. Nr. in Feld 2 aufführen.

(3) Nicht auszufüllen, wenn der Vordruck für eine Dienststelle in Deutschland bestimmt ist.

(4) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für eine Dienststelle in Belgien oder Frankreich bestimmt ist.

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/0 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

1 Arbeitsloser

1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69.1.b VO 1408/71 Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Dauer von ..... Tagen,
jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
(3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag.

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (4) oder selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme;

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6 Träger, der den Vordruck ausfüllt

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (6): .....

.....

6.3 Dienstsiegel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollstädigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Nichtzutreffendes streichen.

(4) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem und belgischem Recht ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/1 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Mitteilung des zuständigen Trägers an den am Ort der Arbeitssuche aushelfenden Träger der Arbeitslosenversicherung (Art. 83.1 VO 574/72)

1 Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Staatsangehörigkeit .....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69.1.b VO 1408/71 Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Dauer von ..... Tagen,
jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
(3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag.

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (4) oder selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme;

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6 Träger, der den Vordruck ausfüllt

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (6): .....
.....

6.3 Dienstsiegel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Nichtzutreffendes streichen.

(4) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem und belgischem Recht ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/2 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Rückmeldung des im Land der Arbeitssuche aushelfenden Trägers der Arbeitslosenversicherung an den zuständigen Träger (Art. 83.3 VO 574/72)

1 Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Staatsangehörigkeit .....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69.1.b VO 1408/71 Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Dauer von ..... Tagen,
jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
(3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag.

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (4) oder selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme;

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6 An den zuständigen Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (6): .....
.....

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen.

7 Der Arbeitslose

7.1 hat sich am
..... als Arbeitssuchender gemeldet;

7.2 bezieht seit
..... Arbeitslosengeld.

8 Aushelfender Träger der Arbeitslosenversicherung im Land der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (6): .....
.....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Nichtzutreffendes streichen.

(4) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem und belgischem Recht ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/3 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Mitteilung des aushelfenden Trägers der Arbeitslosenversicherung an den aushelfenden Träger der Krankenversicherung (Art. 26.2 VO 574/72).

1 Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Staatsangehörigkeit .....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69.1.b VO 1408/71 Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit

3 Der Arbeitslose kann ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Dauer von ..... Tagen,
jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
(3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag.

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (4) oder selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme;

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6 Zuständiger Träger der Arbeitslosenversicherung

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (6): .....

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen und dem Vordruck E 119 beizufügen.

7 Der Arbeitslose

7.1 hat sich am
..... als Arbeitssuchender gemeldet

7.2 und bezieht seit
..... Arbeitslosengeld.

8 Aushelfender Träger der Arbeitslosenversicherung im Land der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (6): .....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift .....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Nichtzutreffendes streichen.

(4) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem und belgischem Recht ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/4 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Erstattungsabrechnung des aushelfenden an den zuständigen Träger der Arbeitslosenversicherung (Art. 97 VO 574/72).

1 Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Staatsangehörigkeit .....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69.1.b VO 1408/71 Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit

3 Der Arbeitslose kann ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Dauer von ..... Tagen,
jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
(3) ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag.

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (4) oder selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme;

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5):

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6 An den zuständigen Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (6): .....

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen.

7 Auf Grund der vorstehenden Bescheinigung sind folgende Beträge gezahlt worden:

vom	bis	Betrag	Grund der Unterbrechung oder Einstellung

8 Aushelfender Träger der Arbeitslosenversicherung im Lande der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (6): .....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift .....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Nichtzutreffendes streichen.

(4) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem und belgischem Recht ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

(6) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

Merkblatt für den Arbeitslosen, der in einem anderen Land Arbeit sucht

Sie wollen in einen anderen Mitgliedstaat reisen, um dort Arbeit zu suchen.

Vor Ihrer Abreise

sollten Sie sicherstellen, daß Sie und Ihre Familienangehörigen auch während Ihrer Arbeitssuche nötigenfalls Leistungen aus der Krankenversicherung erhalten.

Suchen Sie bitte zu diesem Zweck die Krankenkasse auf, bei der Sie versichert sind oder zuletzt versichert waren. Bei Vorlage der Bescheinigung E 303, die Sie vom Arbeitsamt erhalten haben, stellt Ihnen die Krankenkasse eine Bescheinigung mit der Bezeichnung „E 119" aus. Diese Bescheinigung legen Sie bitte im Krankheitsfalle der Krankenkasse im Lande Ihrer Arbeitssuche vor.

Nach Ihrer Ankunft

am Ort der Arbeitssuche melden Sie sich bitte sofort bei der Arbeitsvermittlung (in Italien und in den Niederlanden zusätzlich bei der Dienststelle der Arbeitslosenversicherung (1)) und geben dort alle in Ihrem Besitz befindlichen Exemplare des Vordrucks E 303 ab.

Lesen Sie bitte im Vordruck E 303 nach, bis zu welchem Tag Sie sich melden müssen, wenn Sie auch für die Zeit seit Ihrer Abmeldung Arbeitslosengeld haben möchten.

Während Ihrer Arbeitssuche

unterliegen Sie denselben Kontrollen der Arbeitsvermittlung und der Arbeitslosenversicherung wie die anderen Arbeitslosen dieses Ortes. Änderungen in den Verhältnissen, die für Ihren Anspruch auf Arbeitslosengeld bedeutsam sein können, müssen Sie dort anzeigen, wo Sie Ihre Bescheinigung E 303 abgegeben haben; dies gilt auch während einer Arbeitsunfähigkeit.

Kann die Änderung zu einer Erhöhung des Anspruchs führen (z.B. Eheschließung oder Geburt eines Kindes), können Sie die Anzeige zusammen mit geeigneten Beweismitteln auch unmittelbar an das Arbeitsamt richten, das Ihre Bescheinigung E 303 ausgestellt hat.

Suchen Sie länger als 3 Monate außerhalb Ihres letzten Beschäftigungslandes Arbeit, so erlöschen mit Ablauf dieser Frist Ihre etwa noch bestehenden Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung Ihres letzten Beschäftigungslandes. Das Arbeitsamt, das Ihre Bescheinigung E 303 ausgestellt hat, kann Ausnahmen zulassen.

---

(1) Diese Dienststellen sind in:

Belgien: die örtlichen Dienststellen des „Office national de l'emploi" (Staatliches Arbeitsamt);
Deutschland: das „Arbeitsamt";
Frankreich: die örtliche „Agence de l'emploi" (Arbeitsamt).
Italien: „Ufficio provinciale del Lavoro".
Luxemburg: das „Office national du travail" (Staatliches Arbeitsamt).
den Niederlanden: das „Gewestelijk Arbeidsbureau" (Bezirksarbeitsamt) und die „Nieuwe Algemene Bedrijfsvereniging" (Neue Allgemeine Berufsgenossenschaft).

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 401 ☐ (1)

FAMILIENSTANDSBESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1; Art. 74.1
VO 574/72: Art. 86.2; Art. 88

Dieser Vordruck ist einem an den für Kindergeld zuständigen Träger zu richtenden Antrag beizufügen.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Personenstand: (2) ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
(2) ☐ geschieden ☐ dauernd getrennt lebend

1.4 Anschrift (3): .....

.....

2 Ehegatte

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Beruf: .....

2.4 Anschrift (3): .....

.....

3 Familienangehörige außer Ehegatte

	Name	Vornamen	Geburts-datum	Verwandt-schaftsver-hältnis (4)	Wohnort	Beruf
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

3.1 Bemerkungen: .....

4 Bescheinigung des Einwohnermeldeamtes oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle ([5])

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird auf Grund der hier vorliegenden amtlichen Unterlagen bestätigt.

4.1 Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle ([3]): .....

.....

4.2 Stempel

4.3 Datum: .....

4.4 Unterschrift

.....

5 Für die Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld) zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift ([3]): .....

.....

5.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....

E 401

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

([2]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

([3]) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

([4]) Das Verwandtschaftsverhältnis jedes Familienangehörigen zum Arbeitnehmer ist mit folgenden Buchstaben zu kennzeichnen:

A = eheliches Kind

B = für ehelich erklärtes Kind

C = an Kindesstatt angenommenes Kind

D = nichteheliches Kind (Falls die Bescheinigung für einen männlichen Arbeitnehmer ausgefüllt wird, sind nichteheliche Kinder nur dann zu erwähnen, wenn die Vaterschaft oder die Unterhaltspflicht des Betreffenden amtlich festgestellt wurde.)

E = Stiefkind, das im Haushalt des Arbeitnehmers lebt

F = Enkel, Brüder und Schwestern, die der Arbeitnehmer in seinen Haushalt aufgenommen hat

G = Sonstige Kinder, die dauernd wie eigene Kinder im Haushalt des Arbeitnehmers leben (Pflegekinder).

Andere Verwandtschaftsverhältnisse (z.B. Großvater) sind voll auszuschreiben.

Ist ein Kind verheiratet, so ist dies hinter 3.1 „Bemerkungen" anzugeben.

([5]) In Frankreich der Bürgermeister oder die „Caisse d'allocations familiales" (Kindergeldkasse).

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 402 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FORTSETZUNG DER SCHUL- ODER HOCHSCHULAUSBILDUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1; Art. 74.1

VO 574/72: Art. 86; Art. 88

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung der Familienzulagen (Kindergeld) zuständigen Träger auszufüllen.

1 Arbeitnehmer, der das Kindergeld beantragt, bzw. Person, die es aus sonstigen Gründen beansprucht

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (3): .....

.....

2 Schüler bzw. Studierender

2.1 Name: ..... Vornamen: .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (3): .....

.....

3 Für die Gewährung des Kindergeldes zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

3.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....

3.4 Stempel

3.5 Datum: .....

3.6 Unterschrift

.....

E 402

B. Bescheinigung

Von der Schule, Hochschule oder Universität auszufüllen und dem in Feld 3 genannten Träger zu übersenden.

4

4.1 Der in Feld 2 Genannte besucht die hiesige Schule/Hochschule

seit dem .....

4.2 Die Schulausbildung dauert voraussichtlich bis .....

4.3 Zahl der wöchentlichen Unterrichtsstunden: .....

4.4 Der in Feld 2 Genannte ist an der in Feld 5 bezeichneten

(2) ☐ Hochschule ☐ Universität immatrikuliert

seit .....

4.5 Die Ausbildung dauert voraussichtlich

bis .....

5 Schule — Hochschule — Universität

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

ANLAGE

Auszufüllen, wenn das Kindergeld bei einem belgischen Träger beantragt wird.

1 Angaben zum Unterricht in der Lehranstalt (außer Hochschulen und Universitäten)

1.1 Auf wie viele Halbtage und wie viele Wochenstunden ist der Unterricht verteilt?

Wochen-Halbtage ..... Wochen-Stunden .....

1.2 Der Unterricht (2) ☐ findet ☐ findet nicht vor 18 Uhr statt.

1.3 Der Schüler (2) ☐ nimmt ☐ nimmt nicht regelmäßig am Unterricht teil.

Wenn nicht, Zahl der Abwesenheitstage und Gründe dafür angeben:

.....

1.4 Der oben unter 1 erwähnte Unterricht

a) (2) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine

Praktikantenstunden, die für den Erwerb eines amtlichen Diploms erforderlich sind.

b) (2) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine

Stunden für praktische Übungen in der Anstalt.

c) (2) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine

wöchentlichen Überstunden in der Lehranstalt.

Wenn ja, Zahl der wöchentlichen Stunden angeben: .....

1.5 Art des Unterrichts:

(2) ☐ Allgemeinbildung ☐ Fachunterricht ☐ Kunstunterricht

(2) ☐ Der Hochschul- und Universitätsausbildung gleichgestellt.

1.6 Der Lehrplan

(2) ☐ ist ☐ ist nicht staatlich anerkannt.

(2) ☐ entspricht einem ☐ entspricht keinem staatlich anerkannten Lehrplan.

1.7 Ferienzeiten:

— Weihnachtsferien: vom ..... bis .....

— Osterferien: vom ..... bis .....

— Sommerferien: vom ..... bis .....

ANLAGE (Fortsetzung)

2 Ausbildung an der Hochschule oder Universität

2.1 (2) ☐ Es ist ein ☐ Es ist kein Vollzeitstudium.

2.2 Die Lehrgänge (2) ☐ schließen ☐ schließen nicht mit dem Erwerb eines akademischen Grades oder Diploms ab.

2.3 Der Studierende (2) ☐ bereitet eine ☐ bereitet keine Abschlußarbeit vor.

Wenn ja,

— seit wann? .....

— Wann muß er seine Arbeit abgeben? .....

2.4 Ferienzeiten:

— Weihnachtsferien: vom ..... bis .....

— Osterferien: vom ..... bis .....

— Sommerferien: vom ..... bis .....

3 Schule, Hochschule oder Universität

3.1 Bezeichnung: .....

.....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 403 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG DER BETRIEBLICHEN AUSBILDUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1; Art. 74.1
VO 574/72: Art. 86; Art. 88

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung von Kindergeld zuständigen Träger auszufüllen.

1 Arbeitnehmer, der das Kindergeld beantragt, oder Person, die es aus sonstigen Gründen beansprucht

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (3): .....

.....

2 Auszubildender

2.1 Name: ..... Vornamen: .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (3): .....

.....

3 Für die Gewährung des Kindergeldes zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

B. Bescheinigung

Vom Lehrherrn auszufüllen und an die mit der Überwachung der Ausbildung beauftragte Stelle weiterzuleiten, von der sie dem in Feld 3 genannten Träger zu übersenden ist.

4 Angaben zur Ausbildung

4.1 Der in Feld 2 genannte Auszubildende trat/tritt

am .....

seine Ausbildung zum ..... an.

4.2 Die Ausbildung dauert voraussichtlich bis .....

4.3 Der Auszubildende

(2) ☐ erhält

☐ als Ausbildungsbeihilfe (2) ☐ wöchentlich: .....

(2) ☐ monatlich: .....

☐ sonstige Vergünstigungen (4)

(2) ☐ Unterkunft ☐ volle Beköstigung ☐ Teilbeköstigung

(2) ☐ Trinkgelder ☐ ..... Mahlzeiten am Tag ☐ andere (näher angeben)

vom ..... bis ..... im Wert von: .....

(2) ☐ erhält keine

☐ Ausbildungsbeihilfen ☐ sonstige Vergünstigungen

4.4 Ausbildungsstätte: .....

4.5 Name der beim Lehrherrn mit der Ausbildung beauftragten Person:

.....

4.6 Anschrift (3): .....

.....

4.7 Stempel

4.8 Datum: .....

4.9 Unterschrift

.....

5 Sichtvermerk der mit der Überwachung der Ausbildung beauftragten Stelle

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Für die deutschen Träger sind die Beträge der sonstigen Vergünstigungen nachstehend im einzelnen anzugeben:

Unterkunft:	Andere Leistungen: .....
Volle Beköstigung:	.....
Teilbeköstigung:	.....
Trinkgelder:	.....
Mahlzeiten:	.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 404 [ ] (1)

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1 und 3; Art. 74.1
VO 574/72: Art. 86; Art. 88

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung der Familienleistungen (Kindergeld) zuständigen Träger auszufüllen.

1 Arbeitnehmer, der das Kindergeld beantragt, oder Person, die es aus sonstigen Gründen beansprucht

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (3): .....

.....

2 Person, über die die ärztliche Bescheinigung auszustellen ist

2.1 Name: ..... Vornamen: .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (3): .....

.....

3 Für die Gewährung der Familienleistungen (Kindergeld) zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

B. Bescheinigung

Von dem von der Verbindungsstelle (4) des Wohnlandes des zu Untersuchenden bezeichneten Arzt auszufüllen und an den in Feld 3 bezeichneten Träger weiterzuleiten.

4

4.1 a) Die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des/der Untersuchten

(2) ☐ sind vermindert ☐ sind nicht vermindert.

Wenn ja, Grad der Minderung angeben: ..... v.H.

b) Der/Die Untersuchte (2) ☐ ist imstande, seinen/ihren Lebensunterhalt zu verdienen

(2) ☐ ist teilweise/gänzlich außerstande, seinen/ihren Lebensunterhalt — trotz/wegen — körperlicher oder geistiger Gebrechen zu verdienen.

c) Die Untersuchte (2) ☐ ist ☐ ist keine Hausfrau

Wenn ja: (2) ☐ sie ist ☐ sie ist nicht imstande, ihren Haushalt zu führen.

d) Sonstige Bemerkungen:

.....

.....

.....

e) Gesundheitlicher Zustand des/der Untersuchten:

.....

.....

.....

4.2 Beginn des Gebrechens oder der Krankheit (möglichst genaue Angaben):

.....

4.3 Voraussichtliche Dauer: .....

4.4 a) Eine weitere Untersuchung (2) ☐ ist erforderlich ☐ ist nicht erforderlich.

b) Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: .....

5

5.1 Name und Vorname des Arztes: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Datum: .....

5.4 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land,

(4) oder von dem Arzt der von der Verbindungsstelle bezeichneten Kasse.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 405 ☐ (1)

FAMILIENLEISTUNGEN ODER -BEIHILFEN IM FALLE AUFEINANDERFOLGENDER BESCHÄFTIGUNGEN IN MEHREREN MITGLIEDSTAATEN ZWISCHEN DEN IN DEN RECHTSVORSCHRIFTEN DIESER STAATEN VORGESEHENEN FÄLLIGKEITSDATEN

VO 1408/71: Art. 12; Art. 72
VO 574/72: Art. 10.2; Art. 85.2, 3

Diese Bescheinigung wird dem Arbeitnehmer auf Antrag ausgestellt. Ggf. wendet sich der zuständige Träger, um sie zu erhalten, an den Träger, der für den Arbeitnehmer für die Ausstellung zuletzt zuständig war.

A— Von dem für den Arbeitnehmer für die Gewährung von Familienleistungen oder -beihilfen zuständigen Träger auszufüllen.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Personenstand: (2) ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
(2) ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

1.4 Anschrift (3): .....

2 Berechtigter Empfänger der Familienleistungen oder -beihilfen

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift (3): .....

3 Für den Arbeitnehmer zuletzt zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

4 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (3): .....

.....

5 Für den Arbeitnehmer jetzt zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift

.....

B— Von dem für den Arbeitnehmer für die Gewährung von Familienleistungen oder -beihilfen zuletzt zuständigen Träger auszufüllen.

6

6.1 Der in Feld 1 genannte Arbeitnehmer

6.2 hat ..... Arbeitstage, nämlich vom ..... bis .....

6.3 in (4) ..... zurückgelegt.

6.4 (2) ☐ Er hat Anspruch ☐ Er hat keinen Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen.

6.5 Familienleistungen bzw. -beihilfen wurden gewährt

vom ..... bis .....

7 Für den Arbeitnehmer zuletzt zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

E 405

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN:

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; F = Frankreich; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Land, in dem diese Beschäftigung ausgeübt wurde.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 406 [ ] (1)

ANTRAG AUF FAMILIENBEIHILFEN VON ARBEITNEHMERN, FÜR DIE DIE FRANZÖSISCHEN RECHTSVORSCHRIFTEN GELTEN UND DEREN FAMILIEN IN EINEM ANDEREN MITGLIEDSTAAT ALS FRANKREICH WOHNEN

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 75.2.b; Art. 76
VO 574/72: 87.1

Dieser Antrag ist von dem Arbeitnehmer bei der französischen Kindergeldkasse, die für ihn auf Grund seiner Beschäftigung zuständig ist, in zweifacher (wenn die Familienangehörigen in Italien (1) wohnen, in dreifacher) Ausfertigung unmittelbar einzureichen.

1 Arbeitnehmer

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift in Frankreich (2): .....

.....

1.4 Beruf (6): .....

1.5 Tag der Ankunft in Frankreich: .....

2 Berechtigter Kindergeldempfänger

Ich erkläre hiermit, daß die nachgenannte Person für den Unterhalt meiner Familienangehörigen sorgt, und beantrage, ihr das Kindergeld auszuzahlen.

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitnehmer: .....

2.4 Bezeichnung im Falle einer juristischen Person: .....

2.5 Anschrift (2): .....

.....

2.6 Datum: .....

2.7 Unterschrift

.....

2.8 Bezeichnung und Anschrift des Trägers, der den Familienangehörigen das Kindergeld an ihrem Wohnort auszahlen muß (2):

.....

.....

3 Unterhaltsberechtigte Familienangehörige

	3.1 Name	3.2 Vornamen	3.3 Geburtsdatum
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			

	3.4 Verwandtschaftsverhältnis	3.5 Wohnort	3.6 Bemerkungen
1)	([3])		
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			

3.7 Ich versichere, daß kein Kindergeldanspruch auf Grund einer beruflichen Tätigkeit nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes meiner Familienangehörigen besteht.

3.8 Datum: .....

3.9 Unterschrift

.....

4 ([7]) Ggf. Einkünfte der Familienangehörigen (Art und monatl. Betrag, einschl. Sozialleistungen)

Lfd. Nr.	Familien-angehöriger	Art der Einkünfte	Betrag

5

5.1 Haben Sie während des Monats der Ankunft in Frankreich in einem anderen Mitgliedstaat eine entgeltliche Beschäftigung ausgeübt und ist noch kein Vordruck E 405 ausgestellt, so sind anzugeben:

5.2 die Beschäftigungszeit: .....

5.3 Bezeichnung und Anschrift (2) des für Sie zuständigen Kindergeldträgers:

.....

.....

5.4 Kindergeldnummer bei diesem Träger: .....

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift

.....

6 Bescheinigung des Arbeitgebers

6.1 Name oder Firma: .....

6.2 Wirtschaftszweig (4): .....

6.3 Anschrift (2): .....

.....

6.4 Beschäftigungsbeginn: .....

6.5 Der Arbeitnehmer (5) ☐ hat einen ☐ hat keinen Saisonarbeitervertrag.

6.6 Wenn ja, Vertragsdauer angeben: .....

6.7 Datum: .....

6.8 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

Hinweis für den Versicherten

Arbeitnehmer, für die die französischen Rechtsvorschriften gelten, und Arbeitslose, die Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu Lasten Frankreichs beziehen, haben für ihre Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als Frankreich leben. Anspruch auf Kindergeld nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes ihrer Familienangehörigen. Das Kindergeld wird den Familienangehörigen von dem dafür zuständigen Träger ihres Wohnlandes gegen Vorlage einer vom französischen Kindergeldträger auszustellenden Bescheinigung E 407 gezahlt.

ANMERKUNGEN

(1) Für italienische Träger ist eine Ausfertigung des Vordrucks E 406 dem Vordruck E 407 beizufügen.

(2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(3) Eintragung unter der gleichen laufenden Nummer wie oben.

(4) Beschäftigte in Handel und Gewerbe und der freien Berufe (leitende Angestellte, Angestellte, Arbeiter), Berufsjournalisten, bei Versicherungsgesellschaften Beschäftigte, Beschäftigte der Kreditanstalten, in handwerklichen Berufen Beschäftigte, in der Landwirtschaft Beschäftigte).

(5) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(6) Für die italienischen Träger ist anzugeben, ob der Betreffende „Arbeiter" oder „Angestellter" ist.

(7) Nur auszufüllen, wen die Familienangehörigen in Italien wohnen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN

Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 407 **F** (1)

Bescheinigung von Beschäftigungs- und Arbeitslosengeld-Zeiten in Frankreich für die Gewährung von Kindergeld an die in einem anderen Staat als Frankreich lebenden Familienangehörigen des Arbeitnehmers oder Arbeitslosen

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2 — VO 574/72: Art. 87.1 bis 5; Art. 89.1

Diese Bescheinigung ist dem Arbeitnehmer oder Arbeitslosen vom zuständigen französischen Kindergeldträger auszustellen oder von diesem ggf. dem Träger des Wohnorts der Familienangehörigen zu übersenden. Der Arbeitnehmer oder Arbeitslose muß sie seinen Familienangehörigen zusenden, die sie ihrerseits der Kindergeldkasse für ihren Wohnort vorzulegen haben. Für ständig Beschäftigte gilt die Bescheinigung drei Monate, vorbehaltlich Widerruf; für Saisonarbeiter gilt sie, vorbehaltlich Widerruf, für die Dauer des Arbeitsvertrages.

1 (2) ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser Vers.-Nr.: .....

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (3): .....

2 Natürliche oder juristische Person, an die das Kindergeld gezahlt werden soll

2.1 Name und Vornamen oder Bezeichnung ..... Geschlecht ..... Mädchenname .....

2.2 Anschrift (3): .....

3 Kindergeldkasse des Wohnorts der Familienangehörigen KG-Nr. .....

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

4 Anspruchsbestätigung

Der in Feld 1 Genannte

4.1 (2) ☐ hat in Frankreich die Beschäftigungsvoraussetzungen erfüllt, auf Grund deren er, vorbehaltlich Widerruf, Kindergeld erhalten kann für die Monate ....

4.2 (2) ☐ hat in Frankreich eine Beschäftigung ausgeübt, auf Grund deren er, vorbehaltlich Widerruf, Anspruch auf ..... (Bruchteil) des monatlichen Kindergeldes hat, das ihm für die Monate ..... und ..... und in voller Höhe für die Monate ..... bis ..... einschließlich gezahlt werden kann.

4.3 (2) ☐ ist Inhaber eines Saisonarbeitervertrages in Frankreich, der vom ..... bis ..... gilt und auf Grund dessen er Kindergeld in voller Höhe für die Monate ..... bis ..... einschließlich und anteiliges Kindergeld für die Monate ..... und ..... erhalten kann.

4.4 (2) ☐ hat in der Zeit vom ..... bis ..... Arbeitslosengeld nach den französischen Rechtsvorschriften für ..... Tage erhalten.

5 Zuständiger französischer Kindergeldträger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift .....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen.

Ist der Vordruck für einen italienischen Träger bestimmt, ist eine Ausfertigung des Vordrucks E 406 beizufügen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 408 ☐ (1)

AUSKUNFTERSUCHEN

VO 1408/71: Art. 73.2
VO 574/72: Art. 87.1; Art. 87.7 zweiter Unterabsatz; Art. 89.2

Der Träger des Wohnorts der Familienangehörigen kann dieses Ersuchen jederzeit an den für den Arbeitnehmer zuständigen französischen Träger richten.

A. **Vom Träger des Wohnorts der Familienangehörigen auszufüllen.**

1 (2) ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (3): .....

.....

2 Arbeitgeber

2.1 Name oder Firma: .....

2.2 Anschrift (3): .....

.....

3 Berechtigter Kindergeldempfänger im Wohnland

3.1 Name ..... Vornamen ..... Geschlecht .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

4 Gewünschte Auskunft (2)

4.1 Bescheinigung der Beschäftigungszeiten (Art. 87.1 VO 574/72)

in der Zeit vom ..... bis .....

.....

.....

4.2 Sonstige Auskünfte über den Anspruch des Arbeitnehmers auf Kindergeld (Art. 87.7 VO 574/72)

.....

.....

5 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

B. **Vom zuständigen französischen Träger auszufüllen.**

6 Auskunfterteilung

6.1 (2) ☐ Antwort zu Nr. 4.1 s. beiliegenden Vordruck E 407

6.2 (2) ☐ Antwort zu Nr. 4.2: .....

.....

.....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

7 Zuständiger französischer Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.3 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

E 408

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; D = Deutschland; I = Italien; L = Luxemburg; N = Niederlande.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 409 | **F** (1)

ÜBERPRÜFUNG DER ERKLÄRUNG, DASS IM WOHNLAND DER FAMILIENANGEHÖRIGEN KEIN KINDERGELDANSPRUCH AUF GRUND EINER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT BESTEHT

VO 1408/71: Art. 73.2
VO 574/72: Art. 87.1; Art. 87.7 dritter Unterabsatz

Dieser Vordruck ist von der französischen Kindergeldkasse zu verwenden, um gegebenenfalls die Richtigkeit der Erklärung des Familienvorstandes nachzuprüfen, daß im Wohnland seiner Familienangehörigen kein Kindergeldanspruch auf Grund einer beruflichen Tätigkeit besteht. Eine Ausführung des Vordrucks E 406 ist beizufügen.

A. Von dem für die Gewährung von Kindergeld zuständigen französischen Träger auszufüllen.

1 (2) ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift in Frankreich (3): .....

.....

1.4 Bezug: E 406 vom .....

2 Ersuchen um:

2.1 (2) ☐ Auskunft zu der Erklärung in Vordruck E 406 Ziffer 3.7 über die Person unter Nr. .....

2.2 (2) ☐ Nachprüfung des Vordrucks E 406 vom .....
in Bezug auf .....

.....

3 Französische Kindergeldkasse

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

B. Von der am Wohnort der Familienangehörigen zuständigen Kindergeldkasse auszufüllen.

4 Auskunft (2)

4.1 (2) ☐ Es besteht ein Anspruch ☐ Es besteht kein Anspruch
auf Kindergeld auf Grund einer beruflichen Tätigkeit im Wohnland der Familienangehörigen.

4.2 Wenn ja, die Familienangehörigen angeben, für die ein Anspruch besteht:

.....

.....

5 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (3): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

E 409

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: F = Frankreich.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf dem letzten Blatt beachten!

E 410 **F** (1)

WIDERRUF DES ANSPRUCHS AUF FAMILIENBEIHILFEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2
VO 574/72: Art. 87.3,7; Art. 98.2

Der für die Familienbeihilfen zuständige französische Träger füllt den Vordruck aus und übersendet ihn dem Träger des Wohnorts der Familienangehörigen.

1 An die Kindergeldkasse

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: E 407 vom .....

2 (2) ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift in Frankreich (3): .....

.....

3

3.1 Der Obengenannte

3.2 (2) ☐ hat die beschäftigungsmäßigen Voraussetzungen für den Bezug von Kindergeld

während des Monats ..... nicht erfüllt. (Art. 87.7 VO 574/72)

3.3 (2) ☐ hat seinen Saisonarbeitervertrag unterbrochen, und zwar

seit dem ..... (Art. 87.3 VO 574/72)

3.4 (2) ☐ ist verzogen nach (4) .....

seit dem ..... (Art. 87.7 VO 574/72)

4 Zuständiger französischer Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (3): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

E 410

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.

(2) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

(3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Land.

(4) Angabe des Landes.