Dieses Dokument ist lediglich eine Dokumentationsquelle, für deren Richtigkeit die Organe der Gemeinschaften keine Gewähr übernehmen

►**B**

BESCHLUSS Nr. 153

vom 7. Oktober 1993

über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 001, E 103 bis E 127)

(Text von Bedeutung für den EWR)

(94/604/EG)

(ABl. L 244 vom 19.9.1994, S. 22)

Geändert durch:

		Amtsblatt		
		Nr.	Seite	Datum
►**M1**	Beschluss Nr. 166 98/441/EG, vom 2. Oktober 1997	L 195	25	11.7.1998
►**M2**	geändert durch beschluss nr. 202 2006/203/EG, vom 17. März 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M3**	Beschluss Nr. 168 98/443/EG, vom 11. Juni 1998	L 195	37	11.7.1998
►**M4**	geändert durch beschluss nr. 202 2006/203/EG, vom 17. März 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M5**	Beschluss Nr. 179 2002/154/EG, vom 18. April 2000	L 54	1	25.2.2002
►**M6**	geändert durch beschluss nr. 187 2003/251/EG, vom 27. Juni 2002	L 93	40	10.4.2003
►**M7**	geändert durch beschluss nr. 202 2006/203/EG, vom 17. März 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M8**	Beschluss Nr. 185 2003/148/EG, vom 27. Juni 2002	L 55	74	1.3.2003
►**M9**	geändert durch beschluss nr. 202 2006/203/EG, vom 17. März 2005	L 77	1	15.3.2006
►**M10**	Beschluss Nr. 198 2004/562/EG, vom 23. März 2004	L 259	1	5.8.2004
►**M11**	Beschluss Nr. 202 2006/203/EG, vom 17. März 2005	L 77	1	15.3.2006

▼B

BESCHLUSS Nr. 153

vom 7. Oktober 1993

über die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 001, E 103 bis E 127)

(Text von Bedeutung für den EWR)

(94/604/EG)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER —

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

aufgrund des Artikels 2 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972, wonach sie die Muster für Bescheinigungen, Anträge und sonstige Unterlagen festlegt, die zur Anwendung der Verordnungen erforderlich sind,

aufgrund des Beschlusses Nr. 130 vom 17. Oktober 1985 zur Aufstellung und Anpassung der zur Durchführung der Verordnungen erforderlichen Vordrucke,

in Erwägung nachstehender Gründe:

Diese Vordruckmuster sind anzupassen, um den in den innerstaatlichen Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten eingetretenen Änderungen Rechnung zu tragen.

Über das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum vom 2. Mai 1992 in der Fassung des Protokolls vom 17. März 1993, Anhang VI, werden die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates im Europäischen Wirtschaftsraum angewendet.

Mit Beschluß des Gemeinsamen EWR-Ausschusses werden die Muster der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke angepaßt und im Europäischen Wirtschaftsraum angewendet werden.

Aus praktischen Gründen sind in der Gemeinschaft und im Europäischen Wirtschaftsraum identische Vordrucke zu verwenden.

Im Hinblick auf die zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehene Teilnahme Liechtensteins am EWR sind diese Vordrucke auch für liechtensteinische Zwecke anzupassen.

Für die Sprache, in der die Vordrucke auszustellen sind, gilt die Empfehlung Nr. 15 der Verwaltungskommission —

BESCHLIESST FOLGENDES:

1. Die in dem Beschluß Nr. 130 enthaltenen Vordruckmuster E 001, E 103 bis E 127 werden durch die beigefügten Muster ersetzt.

2. Die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten stellen den Betreffenden (Anspruchsberechtigten, Versicherungsträgern, Arbeitgebern usw.) die Vordrucke entsprechend den beigefügten Mustern zur Verfügung.

3. Jeder Vordruck steht in den Amtssprachen der Gemeinschaft zur Verfügung und ist in den verschiedenen Sprachen völlig deckungsgleich angeordnet, damit jeder Empfänger (Anspruchsberechtigter, Versicherungsträger, Arbeitgeber usw.) den Vordruck in seiner Landessprache erhalten kann.

▼B

4. Dieser Beschluß tritt am ersten Tag des Monats nach seiner Veröffentlichung im *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften* in Kraft.

Der Vorsitzende der Verwaltungskommission

Gabrielle CLOTUCHE

▼B

Verzeichnis der Vordrucke

E 001 — Ersuchen um Auskunft, Mitteilung von Auskünften, Anforderung von Vordrucken, Erinnerung in bezug auf einen Arbeitnehmer, einen Selbständigen, einen Grenzgänger, einen Rentner, einen Rentenantragsteller, einen Arbeitslosen, einen anspruchsberechtigten Angehörigen

E 103 — Ausübung des Wahlrechts

E 104 — Bescheinigung über die Zusammenrechnung der Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten

E 105 — Bescheinigung über die Familienangehörigen des Arbeitnehmers oder des Selbständigen, 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 oder Selbständigen und für die Führung der Verzeichnisse

E 110 — Bescheinigung für Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen

E 111 — Bescheinigung über den Sachleistungsanspruch während eines Aufenthalts 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 Sachleistungen größeren Umfangs

E 115 — Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

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

E 117 — Gewährung von Geldleistungen bei Mutterschaft und Arbeitsunfähigkeit

E 118 — Mitteilung über 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 127 — Einzelaufstellung der Monatspauschbeträge

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 001 [ ] (1)

☐ **Ersuchen um Auskunft**
☐ **Mitteilung von Auskünften**
☐ **Anforderung von Vordrucken**
☐ **Erinnerung**

in Bezug auf

☐ **einen Arbeitnehmer**
☐ **einen Selbständigen**
☐ **einen Grenzgänger**
☐ **einen Rentner**
☐ **einen Rentenantragsteller**
☐ **einen Arbeitslosen**
☐ **einen anspruchsberechtigten Angehörigen**

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

Der absendende Träger füllt Teil A dieses Vordrucks in zweifacher Ausfertigung aus und übersendet ihn dem Träger, an den der Vordruck gerichtet wird, der Teil B ausfüllt und eine Ausfertigung an den absendenden Träger zurücksendet.
Der Vordruck dient entweder als Ergänzung anderer Vordrucke oder für den Austausch aller Informationen, die in den übrigen Vordrucken, die er aber in keinem Fall ersetzen soll, nicht vorgesehen sind.

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

Teil A

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....

2. Angaben zu dem Versicherten (2)

2.1 Name(n) (3): .....
2.2 Vorname(n) (4): .....
2.3 Frühere Namen: .....

2.4 Geschlecht (5): .....

3. Staatsangehörigkeit (6): .....

4. Geburt

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

5. Persönliche Kenn-Nr. (11)

5.1 beim absendenden Träger: .....
5.2 beim Träger, an den der Vordruck gerichtet wird: .....

6. Anschrift: .....
.....

7. Angaben zum Vorgang

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

▼**M11**

E 001

8. Anspruchsberechtigter Angehöriger (12)

8.1 Name(n) (3): .....

8.2 Vorname(n) (4): .....

8.3 Frühere Namen: .....

8.4 Geburtsort (8): ..... Geburtsdatum: .....

8.5 Geschlecht: ..... Staatsangehörigkeit (6): .....

8.6 Persönliche Kenn-Nr. (11): .....

beim absendenden Träger: .....

beim Träger, an den der Vordruck gerichtet wird: .....

8.7 Anschrift: .....

.....

9. ☐ Ersuchen ☐ Erinnerung an Ersuchen vom: .....

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

9.1 ☐ folgende(n) Vordruck(e): .....

9.2 ☐ folgende(s) Dokument(e): .....

.....

9.3 ☐ folgende Auskunft/Auskünfte: .....

.....

9.4 Grund des Ersuchens: .....

10. Änderung der Verhältnisse: Folgende Änderungen sind eingetreten

.....

.....

.....

.....

11. Verschiedenes

.....

.....

.....

.....

12. Träger, der Teil A ausfüllt

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

12.3 Anschrift: .....

.....

12.4 Stempel

12.5 Datum:

.....

12.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 001

Teil B

13.

Aufgrund Ihres Ersuchens vom ..... übersenden wir beiliegend

13.1 ☐ folgende(n) Vordruck(e): .....

13.2 ☐ folgende(s) Dokument(e): .....

.....

13.3 ☐ folgende Information: .....

.....

14.

Aufgrund Ihres Ersuchens vom .....

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

14.1 ☐ folgende(n) Vordruck(e): .....

14.2 ☐ folgende(s) Dokument(e): .....

14.3 ☐ folgende Information: .....

14.4 ☐ Gründe: .....

.....

.....

15. Verschiedenes

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ Bezüglich Ihres am ..... übermittelten Vordrucks

bestätigen wir den Empfang der in Feld 10 enthaltenen Informationen.

17. Träger, der Teil B ausfüllt

17.1 Bezeichnung: .....

17.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

17.3 Anschrift: .....

.....

17.4 Stempel

17.5 Datum:

.....

17.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 001

ANMERKUNGEN

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

(2) Die Nummern 2.1 bis 2.4 zur Person des Versicherten sind, soweit erforderlich, auszufüllen.

(3) Alle Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(5) Angaben: „M“ für männlich oder „F“ für weiblich.

(6) Gegebenenfalls das Datum der Einbürgerung angeben.

Für spanische Träger sind — falls vorhanden — bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Kenn-Nummer N.I.E anzugeben, auch dann, wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „KEINE“ anzugeben.

(7) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (Beispiel: 1. August 1921 = 01.08.1921).

(8) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (*Arrondissements*) ist die Nummer des Bezirks anzugeben. (*Beispiel:* PARIS 14). Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.

(9) Bei spanischen, französischen und italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich. Je nach Land ist hier die gebietsmäßige Zugehörigkeit des Geburtsorts anzugeben (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: Lille ist das Geburtsdepartement: „Nord“ anzugeben, zusammen mit der Departementskennnummer, falls dem Versicherten bekannt, in diesem Fall also „59“. Die Angabe lautet somit: „NORD 59“). Bei den in Spanien geborenen Personen ist nur die Provinz anzugeben.

(10) Kennbuchstaben des Geburtslandes des Versicherten gemäß Anmerkung (1).

(11) Für italienische Träger ist der „codice fiscale“ anzugeben.

Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.

Für slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.

(12) Gegebenenfalls auszufüllen.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 103 [ ] (1)

AUSÜBUNG DES WAHLRECHTS

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

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

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

A. Wahl

1. Ich

1.1 Name(n) (2): .....

1.2 Vorname(n) (3): .....

1.3 Frühere Namen: .....

1.4 Geburtsdatum: .....

1.5 Staatsangehörigkeit: .....

1.6 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

2. bin seit dem: .....

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

.....

2.2 (4) ☐ als: .....

im privaten Bereich des nachgenannten Arbeitgebers (5): .....

der der diplomatischen Vertretung/konsularischen Dienststelle angehört: .....

.....

2.3 ☐ als Hilfskraft bei den Europäischen Gemeinschaften beschäftigt

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

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

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

☐ belgischen	☐ tschechischen	☐ dänischen	☐ deutschen	☐ estnischen
☐ griechischen	☐ spanischen	☐ französischen	☐ irischen	☐ italienischen
☐ zypriotischen	☐ lettischen	☐ litauischen	☐ luxemburgischen	☐ ungarischen
☐ maltesischen	☐ niederländischen	☐ österreichischen	☐ polnischen	☐ slowenischen
☐ portugiesischen	☐ slowakischen	☐ finnischen	☐ schwedischen	☐ des Vereinigten Königreichs
☐ isländischen	☐ liechtensteinischen	☐ norwegischen	☐ schweizerischen	

4. Ort und Datum:

.....

5. Unterschrift:

.....

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

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift: .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift:

.....

▼**M11**

E 103

B. Bescheinigung

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

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

7.1 vom: ..... an

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

8. Von der zuständigen Behörde bezeichneter Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

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

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

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

in der **Tschechischen Republik**: an die *„Česká správa sociálního zabezpečení“* (*Tschechische Sozialversicherungsanstalt*), Prag;

in **Dänemark**: *an „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (Verwaltung Soziale Sicherung*), *Kopenhagen*;

in **Deutschland**: *an die Zweigstelle Bonn der vom Versicherten gewählten Krankenkasse;*

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

in **Griechenland**: *an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA)*;

in **Spanien**: *an die „Tesoreria General de la Seguridad Social — Ministerio de Tarbajo y Seguridad Social“ (Hauptschatzamt der sozialen Sicherheit — Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit), Madrid;*

in **Frankreich**: *an die „Caisse primaire d'assurance maladie“ (Ortskrankenkasse), Paris;*

in **Irland**: *an das „Department of Social and Family Affairs“ (Ministerium für Soziales und Familie), Dublin*;

in **Italien**: *an die zuständige örtliche Verwaltungsstelle des „Instituto nazionale della previdenza sociale — INPS“ (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge);*

in **Zypern**: *an die „Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων” (Behörde für Sozialversicherung, Ministerium für Arbeit und Sozialversicherung), 1465 Lefkosia;*

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

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

in **Litauen**: *an den „Valstybinio socilinio draudime fondo valdyba“ (Rat des nationalen Sozialversicherungsfonds), Vilnius;*

in **Luxemburg**: *an das „Centre commun de la sécurité sociale“ (Gemeinsames Zentrum für soziale Sicherheit), Luxemburg;*

in **Ungarn**: *an die „Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Gebietskrankenkasse für die Hauptstadt und Pest), Budapest;*

in **Malta**: *an das „Dipartiment tas-Sigurta'Soċjali“ (Ministerium für soziale Sicherheit), Valletta*;

in den **Niederlanden**: *an die „Sociale Verzekeringsbank“ (Sozialversicherungsanstalt), Amstelveen;*

in **Österreich**: *an den zuständigen Träger für Krankenversicherung*;

in **Polen**: *an die „Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)“ (Sozialversicherungsanstalt), Warschau;*

in **Portugal**: *an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social“ (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen für soziale Sicherheit), Lissabon;*

in **Slowenien**: *an die zuständige Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens);*

in der **Slowakei**: *an das „Sociálna poisťovňa*“ (Sozialversicherungsamt), Bratislava;

in **Finnland**: *an die „Eläketurvakeskus“ (Zentralanstalt für die Rentenversicherung), Helsinki*;

in **Schweden**: *an die „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (Sozialversicherungskasse, Hauptstelle), Stockholm*;

im **Vereinigten Königreich**: *an das „Inland Revenue Centre for Non-Residents“ (Finanzamt für Gebietsfremde), Benton Park View, Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ;*

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

▼**M11**

E 103

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

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

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

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

b) *Bei Einstellung einer Hilfskraft müssen Sie von dieser — wenn sie ihr Wahlrecht auszuüben wünscht — Teil A ausfüllen lassen, ausgenommen Feld 6, das von Ihnen auszufüllen ist.*

c) *Zwei Ausfertigungen des Vordrucks sind dem Träger zuzusenden, den die zuständige Behörde des Mitgliedstaats bezeichnet hat, dessen Rechtsvorschriften der Bedienstete gewählt hat (siehe Buchstabe a).*

ANMERKUNGEN

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

([2]) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([3]) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([4]) Bei Erwerbstätigen, die unter die belgischen Rechtsvorschriften fallen, bitte die nationale Registernummer angeben.
Bei Erwerbstätigen, die den spanischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist die Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den maltesischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den slowakischen Rechtsvorschriften unterliegen, ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.
Bei Erwerbstätigen, die den polnischen Rechtsvorschriften unterliegen, sind die PESEL- und die NIP-Nummer oder, falls nicht vorhanden, die Serie und Nummer des Personalausweises oder Reisepasses anzugeben.

([5]) Name und Vornamen des Arbeitgebers.

([6]) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen. Zu beachten ist, dass sich das Geschäftspersonal der diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen und private Hausangestellte im Dienst von Angehörigen dieser Vertretungen oder Dienststellen nur für die Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit des Staates entscheiden können, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen.

([7]) Arbeitnehmer bei diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen sowie im persönlichen Dienst von Angehörigen dieser Vertretungen oder Dienststellen können sich an jedem Jahresende erneut entscheiden.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 104 [ ] (1)

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

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Invalidität

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 9 Absatz 2; Artikel 18 Absatz 1; Artikel 38 Absatz 1; Artikel 64
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 6 Absatz 2; Artikel 16; Artikel 39 Absätze 1 und 2; Artikel 79

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

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

Teil A

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

2. Versicherter

2.1 Name (2):

.....

2.2 Vornamen (3): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: ....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

2.5 Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine

☐ abhängige Beschäftigung ☐ selbständige Tätigkeit ausgeübt in (4) .....

2.6 ☐ Name oder Firma des letzten Arbeitgebers

☐ Letzte selbständige Tätigkeit

.....

Anschrift: .....

.....

2.7 ☐ Frühere Arbeitgeber: ☐ Frühere selbständige Tätigkeiten:

[Name und Anschrift] .....

....

....

....

....

....

3. Zur Bearbeitung eines vom Versicherten gestellten Antrages bitte die Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten angeben, die er

3.1 vom ..... an

3.2 nach den Rechtsvorschriften Ihres Landes für den Fall der/des

☐ Krankheit/Mutterschaft (5) ☐ Todes (Sterbegeld) ☐ Invalidität (6)

zurückgelegt hat.

▼M11

E 104

4. Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

4.3 Anschrift: .....

.....

4.4 Stempel

4.5 Datum: .....

4.6 Unterschrift:

.....

Teil B

5. Der/Die in Feld 2 Genannte

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

5.2 ☐ hat seit dem .....

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

6.1	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.2	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.3	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.4	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.5	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.6	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.7	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.8	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.9	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
6.10	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)

7. folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

7.1	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.2	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.3	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.4	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.5	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.6	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.7	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.8	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.9	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)
7.10	vom	bis	(8)	für den (9) Versicherungsfall	☐	(10)

8. Träger, der Teil B auszufüllen hat

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

.....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

(2)

▼M11

E 104

ANMERKUNGEN

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

(2) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(3) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Der Staat ist anzugeben.

(5) Nur wenn die Bescheinigung für einen belgischen, französischen, griechischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt ist, ist die Leistungsart mit folgender Kennzeichnung anzugeben: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.

(6) Für französische und lettische Träger.

(7) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.

(8) Ist der Vordruck für einen belgischen, tschechischen, griechischen, lettischen, litauischen, polnischen oder liechtensteinischen Träger bestimmt, so sind die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgender Kennzeichnung anzugeben: D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.

Ist die Bescheinigung für einen deutschen, litauischen, luxemburgischen oder polnischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben: P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.

(9) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:

A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; O = Invalidität.

(10) Ist der zuständige Träger ein zyprischer, deutscher, irischer, ungarischer oder österreichischer Träger oder ein Träger des Vereinigten Königreichs, das Kästchen mit einem Kreuz versehen, sofern die Versicherungs- oder Wohnzeit einer tatsächlichen Beschäftigungszeit entspricht, und angeben, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handelt.

▼**M11**

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 106 [ ] (1)

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

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

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

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

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

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Der Versicherte

2.1 Name(n) (3): .....
2.2 Vorname(n) (4): ..... Geburtsdatum: .....
2.3 Frühere Namen: .....
2.4 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....
2.6 Der Versicherte ☐ ist Arbeitnehmer
2.7 Der Versicherte ☐ ist selbständig erwerbstätig
2.8 Der Versicherte ☐ ist Grenzgänger (Arbeitnehmer)
2.9 Der Versicherte ☐ ist Grenzgänger (selbständig erwerbstätig)
2.10 Der Versicherte ☐ ist arbeitslos

3. Familienangehöriger (5)

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

4.1 ☐ Der oben genannte Versicherte und die bei ihm wohnenden Familienangehörigen (6)
4.2 ☐ Die Familienangehörigen (6) des oben genannten Arbeitslosen

5. haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft
vom ..... an

▼M11

E 106

6. Anspruchsdauer

6.1 ☐ bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.2 ☐ ein Jahr von dem unter Nummer 5 angegebenen Tag an ([7])

6.3 ☐ bis einschließlich ..... ([8])

7. Für Krankheit/Mutterschaft zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

7.3 Anschrift: .....

.....

.....

7.4 Stempel

7.5 Datum: .....

7.6 Unterschrift:

.....

B. Eintragungsmitteilung ([9])

8.

8.1 ☐ Der in Feld 2 genannte Versicherte und seine Familienangehörigen

8.2 ☐ Die in Feld 3 genannten Familienangehörigen des Arbeitslosen

8.3 ☐ werden bei uns seit dem ..... geführt.

8.4 ☐ wurden aus folgendem Grund bei uns nicht eingetragen: .....

.....

9.

	Name(n) ([3])	Vorname(n) ([4])	Frühere(r) Name(n)	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
9.1					
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

10.3 Anschrift: .....

.....

.....

10.4 Stempel

10.5 Datum: .....

10.6 Unterschrift:

.....

(2)

▼**M11**

E 106

Hinweise für die Versicherten

a) Aufgrund *dieser* Bescheinigung haben Sie für sich und Ihre Familienangehörigen Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Wenn Sie *arbeitslos* sind, *ist dieser Vordruck nicht für Sie bestimmt*, *sondern gilt nur für Ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als demjenigen Mitgliedstaat wohnen, in dem Sie versichert sind.*

b) *Die beiden in Ihrem Besitz befindlichen Ausfertigungen des Vordrucks sind so bald wie möglich dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorzulegen. Wenn Sie arbeitslos sind, ist der Vordruck von Ihren Familienangehörigen dem Träger der Kranken- und Mutterschaftsversicherung ihres Wohnortes vorzulegen.*

c) *Diese Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung sind:*

in **Belgien**: *die „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl*;

in der **Tschechischen Republik:** *die „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse am Wohnort);*

in **Dänemark**: *die Gemeindeverwaltung am Wohnort;*

in **Deutschland**: *die von der betreffenden Person gewählte Krankenkasse*;

in **Estland** der *„Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*

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

in **Spanien**: *die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts; wenn Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an den ärztlichen und Krankenhausdienst der Gesundheitsfürsorge der spanischen Sozialversicherung wenden; Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

in **Frankreich**: *die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von Nummer 2.5 können Sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) wenden;*

in **Irland**: *die örtliche Zweigstelle des „Health Service Executive*" (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);

in **Italien**: *in der Regel die gebietsmäßig zuständige „Unità sanitaria locale — ASL" (örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt das „Ministero della sanità", „Ufficio di sanità marittima" oder „aerea" (Gesundheitsministerium, Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

in **Zypern**: *das „Υπουργείο Υγείας" (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische Kranke nversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;*

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

in **Litauen**: *der „Teritorinỹ ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;*

in **Luxemburg**: *die „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

in **Ungarn**: *die für Ihren Wohnort zuständige „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Bezirkskrankenkasse);*

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

in den **Niederlanden**: *eine für den Wohnort zuständige Krankenkasse*;

in **Österreich**: *die für Ihren Wohnort zuständige „Gebietskrankenkasse";*

in **Polen**: *die für den Wohnort zuständige regionale Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*

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

in **Slowenien**: *die „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens)*;

in der **Slowakei**: *die vom Versicherten gewählte „Zdravotná poisťovňa" (Krankenversicherung);*

in **Finnland**: *die örtliche Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt);*

in **Schweden**: *„Försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Wohnort*;

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

in **Island**: *die „Tryggingastofnun rikisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik;*

in **Liechtenstein**: *das „Amt für Volkswirtschaft" in Vaduz,*

in **Norwegen**: *das „lokale Trygdekontor" (örtliches Versicherungsamt) am Wohnort;*

in der **Schweiz** *die „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" in Solothurn.*

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

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

▼M11

E 106

ANMERKUNGEN

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

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

(3) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(5) Nur auszufüllen, wenn sich der Vordruck auf Familienangehörige eines Arbeitslosen bezieht. Es ist nur ein Familienangehöriger einzutragen, da die Anspruchsberechtigung der Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes festgestellt wird.

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

(7) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.

(8) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.

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

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 107 [ ] (1)

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 19 Absatz 2; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 25 Absätze 1 Buchstabe a und 3 Buchstabe i; Artikel 26 Absatz 1; Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 31 Buchstabe a; Artikel 52 Buchstabe a; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i, Buchstabe b Ziffer i und Buchstabe c Ziffer i
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 17 Absatz 1; Artikel 21 Absatz 1; Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 27 Satz 1; Artikel 28; Artikel 29 Absätze 1 und 2; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 31 Absätze 1 und 3; Artikel 60 Absatz 1; Artikel 62 Absätze 3, 4 und 7; Artikel 63 Absätze 1 und 3

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

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

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

2. ☐ Der Versicherte

2.1 Name(n) (2): .....

2.2 Vornamen (3): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: .....

2.4 Anschrift: .....

.....

2.5 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

2.6 ☐ Empfänger ☐ Antragsteller

folgender Rente:

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

2.7 Rentenpflichtiger Träger: .....

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

3.1 Name: .....

3.2 Anschrift: .....

.....

3.3 Wirtschaftszweig (6): .....

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

.....

.....

.....

▼**M11**

E 107

4. Familienangehörige (8)

4.1	Name(n) (2)	Vorname(n) (3)	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr. (4)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

4.2 Anschrift im Wohnland (9): .....

.....

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

☐ Feld 2 ☐ Feld 4 bezeichneten Person bei uns eingegangen

Er betrifft

5.1 ☐ die Gewährung von Sachleistungen

5.2 ☐ die Verlängerung des Anspruchs auf Sachleistungen

5.3 ☐ die Eintragung bei uns als Sachleistungsberechtigte

6. Sachleistungen ☐ wurden gewährt ☐ wurden nicht gewährt

6.1 gemäß Artikel ☐ 29 Absatz 2 ☐ 60 Absatz 1 ☐ 62 Absatz 3 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

6.2 Der Antragsteller ☐ hat seither keine Beschäftigung mehr ausgeübt

☐ hat folgende Erwerbstätigkeit ausgeübt:

.....

7. Wir bitten um Übersendung der Bescheinigung über den Leistungsanspruch auf

☐ Vordruck E .....

☐ einer „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte“ oder einer Europäischen Krankenversicherungskarte (wenn diese nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates ausgestellt werden kann)

gültig vom ..... *bis* .....

8. ☐ Der ärztliche Bericht ist beigefügt (10)

9. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

9.3 Anschrift: .....

.....

9.4 Stempel

9.5 Datum: .....

9.6 Unterschrift:

.....

(2)

▼**M11**

E 107

B. Vom zuständigen Träger auszufüllen

10.

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

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

.....

.....

11. Zuständiger Träger

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Kenn-Nr. des Trägers:

11.3 Anschrift: .....

.....

.....

11.4 Stempel

11.5 Datum:

.....

11.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 107

ANMERKUNGEN

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

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

(3) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Für italienische Träger ist der „codice fiscale“ (Steuernummer) anzugeben.

Für maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.

Für slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.

Für spanische Träger sind bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren Kenn-Nummer N.I.E anzugeben. Ist die Gültigkeitsdauer der D.N.I. oder der N.I.E. abgelaufen, ist „KEINE“ anzugeben.

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

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

(7) Bei Spanien: Die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) oder die „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina“ (Provinzdirektion der Sozialanstalt der Marine).

(8) Nur die Familienangehörigen eintragen, für die Leistungen oder eine Eintragung beantragt wurden. Falls eine Eintragung beantragt wird, nur einen Familienangehörigen eintragen.

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

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

(11) Für die niederländischen und schweizerische Träger, wenn die Art des zurückzusendenden Vordrucks es zulässt.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 108 ☐ (1)

Mitteilung über Ruhen oder Wegfall des Sachleistungsanspruchs bei Krankheit/Mutterschaft

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

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

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

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

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

A. Mitteilung

1. Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

2. ☐ Arbeitnehmer ☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)

☐ Selbständiger ☐ Grenzgänger (Selbständiger)

☐ Arbeitsloser

☐ Rentner (Arbeitnehmersystem)

☐ Rentner (Selbständigensystem)

☐ Rentenantragsteller

2.1 Name(n) (2): .....

2.2 Vorname(n) (3): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: .....

2.4 Anschrift im Wohnland: .....

.....

2.5 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

3. Familienangehöriger (5)

3.1 Name(n) (2): .....

3.2 Vornamen (3): ..... Geburtsdatum: .....

3.3 Frühere Namen: .....

3.4 Anschrift im Wohnland: ....

3.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....

▼M11

E 108

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

4.1 ☐ Die Versicherung des oben genannten Versicherten endete am .....

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

.....

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

4.4 Der in Feld 2 genannte Versicherte
oder

☐ Der in Feld 3 genannte Familienangehörige

☐ wohnt nicht mehr in ☐ unserem ☐ Ihrem Land seit dem ..... (Datum)

☐ verstarb am ..... (Datum)

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

.....

4.6 ☐ (6) .....

5. ☐ Zuständiger Träger ☐ Träger des Wohnorts

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

5.3 Anschrift: .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift:

.....

B. Empfangsbestätigung

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

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

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

.....

8. ☐ Zuständiger Träger ☐ Träger des Wohnorts

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 108

ANMERKUNGEN

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

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

(3) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(4) Für zuständige italienische Träger ist der „codice fiscale“ (Steuernummer) anzugeben.

Für zuständige maltesische Träger ist bei maltesischen Staatsangehörigen die Nummer des Personalausweises und bei nicht maltesischen Staatsangehörigen die maltesische Sozialversicherungsnummer anzugeben.

Für zuständige slowakische Träger ist gegebenenfalls die slowakische Geburtsnummer anzugeben.

Für spanische Träger ist bei spanischen Staatsangehörigen die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer und bei Ausländern deren N.I.E. anzugeben. Ist die Gültigkeitsdauer der D.N.I. oder der N.I.E. abgelaufen, ist „KEINE“ anzugeben.

(5) Auszufüllen, wenn die Beendigung des Leistungsanspruchs Familienangehörige betrifft.

(6) Der Grund des Ruhens/Wegfalls muss mittels der folgenden Buchstaben angegeben werden:

a) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Wohnstaat durch den Rentner.
b) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Wohnstaat durch einen Familienangehörigen des Rentners.
c) Nichtzahlung der Beiträge.
d) Sonstiges.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 109 [ ] (1)

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

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

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

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

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

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

2. Der Versicherte

2.1 Name(n) (3): .....

2.2 Vorname(n) (4): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Frühere Namen: .....

2.4 Anschrift: .....

.....

2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....

2.6 Der Versicherte ☐ ist selbständig erwerbstätig

3. Familienangehöriger

3.1 Name(n) (3): .....

.....

3.2 Vorname(n) (4): ..... Geburtsdatum: .....

3.3 Frühere Namen: .....

3.4 Anschrift: .....

.....

3.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....

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

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

☐ wenn sie nicht berufstätig sind (5)

5. Der Anspruch beginnt am .....

▼M11

E 109

6. und besteht

6.1 ☐ bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

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

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

6.4 ☐ bis einschließlich (7) .....

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

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung:
.....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....
.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:
.....

B. Eintragungsmitteilung (8)

9. ☐ (9)

Die folgenden Familienangehörigen wurden nicht eingetragen:

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

weil

☐ sie nicht anspruchsberechtigt sind

☐ sie schon sachleistungsberechtigt sind

☐ sonstige Gründe:

10. ☐ (9)

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

	Name(n) (3)	Vorname(n) (4)	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Die Aufwendungen für diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten. Die Berechnung der Pauschbeträge nach Artikel 94 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem .....

(2)

▼**M11**

E 109

11.	Europäische Krankenversicherungskarte
11.1	☐ In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ..... , wie in Feld 7 verlangt.
11.2	☐ Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an den in Feld 3 angeführten Familienangehörigen ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ..... , gültig bis ..... bekannt.

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

Hinweise für die Versicherten

a) *Ihre Familienangehörigen haben aufgrund dieses Vordrucks in dem Land, in dem sie wohnen, nach dessen Rechtsvorschriften Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sofern sie nicht bereits aufgrund der genannten Rechtsvorschriften sachleistungsberechtigt sind.*

b) *Sie müssen die beiden Ausfertigungen dieses Vordrucks unmittelbar nach Erhalt an Ihre Familienangehörigen senden, die sie* ***unverzüglich*** *beim Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorlegen müssen, und zwar:*

in **Belgien:** *bei der „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*
in der **Tschechischen Republik:** *bei der „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse) am Wohnort;*
in **Dänemark:** *bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;*
in **Deutschland:** *bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;*
in **Estland:** *bei der „Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse).*
in **Griechenland:** *in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;*
in **Spanien:** *bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit);*
in **Frankreich:** *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse);*
in **Irland:** *bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive" (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);*
in **Italien:** *in der Regel bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale" (örtliche Gesundheitseinheit);*
in **Zypern:** *beim „Υπουργείο Υγείας" (Gesundheitsministerium, 1448 Lefkosia), Träger für Krankheit und Mutterschaft; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische Krankenversicherungskarte („Cyprus Medical Card"), ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;*
in **Lettland:** *bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);*
in ***Litauen*****:** *bei der „Teritorinÿ ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;*
in **Luxemburg:** *bei der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*
in **Ungarn:** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Bezirkskrankenkasse);*
in **Malta:** bei der *„Entitlement Unit", Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 John Street, Valletta;*
in den **Niederlanden:** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;*
in **Österreich:** *bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse";*
in **Polen:** *bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*
in **Portugal:** ***Mutterland*****:** *beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts;* ***Madeira*****:** *beim „Centro de Segurança Social da Madeira" (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal;* ***Azoren****: beim „Centro de Prestações Pecuniárias" (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;*
in **Slowenien:** *bei der für den Wohnort zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens);*
in der **Slowakei:** *bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa" (Krankenversicherung);*
in **Finnland:** *bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt);*
in **Schweden:** *bei der „Försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Wohnort;*
im **Vereinigten Königreich:** *beim „Department for Work and Pensions" (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service" (Rentenstelle), „International Pension Centre" (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, oder für Nordirland beim „Department for Social Development" (Ministerium für soziale Entwicklung), „Overseas Benefits Branch" (Referat Leistungen für im Ausland wohnende Anspruchsberechtigte), Block 2, Castle Buildings, Belfast;*
in **Island:** *bei der „Tryggingastofnun ríkisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;*
in **Liechtenstein:** *beim Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;*
in **Norwegen:** *beim örtlichen „Trygdekontor" (Versicherungsamt) am Wohnort;*
in der **Schweiz:** *bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG", Solothurn.*

c) *Der Vordruck ist ab dem unter Nummer 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.*

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

▼M11

E 109

ANMERKUNGEN

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

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

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

(4) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(5) Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn der Vordruck für einen irischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.

(6) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.

(7) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.

(8) Wird mit dieser Bescheinigung eine frühere Bescheinigung verlängert, braucht der Träger des Wohnorts Teil B nicht auszufüllen.

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

▼**M10**

▼**M6**

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise“ auf Seite 2 und 3 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 22.a; Art. 31.a; Art. 34.a
VO 574/72: Art. 20.4; Art. 21.1.; Art. 23; Art. 31.1 und 3

ACHTUNG: DIESE BESCCHEINIGUNG VERLEIHT KEINEN ANSPRUCH, WENN ZWECK DER REISE EINE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG IM AUSLAND IST

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentner (Arbeitnehmersystem) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentner (Selbständigensystem) ☐ Sonstiger Versicherter

(Name ([1a]), Frühere Namen ([1a]), D.N.I. ([2a]), Anschrift ([2]))

1.1 Kenn-Nr. ([2b]) ..... Geburtsdatum: .....

2 Familienangehörige([3])

2.1	Name ([1a])	Vornamen	Frühere Namen	Geburtsdatum	Kenn-Nr. ([2b])
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Ständige Anschrift ([2]) ([4]): .....
.....

3 Die genannten Personen haben Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung.
Diese können gewährt werden:

3.1 ([5]) ☐ vom ..... bis ..... einschließlich.

3.2 ([5]) ☐ ab dem .....

▼M6

E 111

4	Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([6]): .....

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

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

4.6	Gültig vom	bis		4.10	Gültig vom	bis	
4.7	Stempel	4.8	Datum:	4.11	Stempel	4.12	Datum:
			.....				.....
		4.9	Unterschrift			4.13	Unterschrift
			.....				.....

5	Französischer Träger, zuständig für außerberufliche Unfälle selbständiger Landwirte

5.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([6]): .....

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. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

Der zuständige Träger oder ggf. der Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder der Familienangehörigen des Arbeitnehmers bzw. Selbständigen füllt den Vordruck aus und händigt ihn dem Versicherten aus oder übersendet ihn dem Träger des Aufenthaltsorts, falls Letzterer den Vordruck angefordert hat. Bei Aufenthalt im Vereinigten Königreich ist der Vordruck nicht erforderlich.

Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen

a) *Mit diesem Vordruck können Sie*

— *als Arbeitnehmer, Selbständiger, Studierender oder sonstiger Versicherter und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat im Falle sofortigen Erfordernisses,*

— *als Rentenberechtigter und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem jeweiligen ständigen Wohnland*

von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes Sachleistungen bei Krankheit (auch bei chronischen und bei bereits bestehenden Krankheiten) oder Mutterschaft sowie vorläufige Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit erlangen.

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

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

in **Dänemark:** *der zuständigen „Amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „Magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „Kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die genannten Stellen zu wenden. Der Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, erhalten Sie im örtlichen „Social- og sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

in **Deutschland:** *der Krankenkasse, die von Ihnen gewählt wird;*

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

▼M6

E 111

in **Spanien:** *den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit. Der Vordruck ist zusammen mit einer Fotokopie vorzulegen;*

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

in **Irland:** *dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;*
in **Italien:** *in der Regel der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale — USL" (örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt das „Ministerio della sanità", „Ufficio di sanità marittima o aerea" (Gesundheitsministerium, gebietsmäßig zuständiges Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

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

in **den Niederlanden:** *bei „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht. Bei Krankenhausaufnahme übersendet das Krankenhaus den ANOZ Verzekeringen die Aufnahmebescheinigung und den Vordruck E 111. Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken können in Anspruch genommen werden, ohne „ANOZ Verzekeringen" vorher davon zu unterrichten;*

in **Österreich:** *der für den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

in **Portugal: für das Festland:** *der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthaltsorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroismo;*

in **Finnland:** *der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt), wenn im Privatsektor angefallene Arztkosten erstattet werden sollen. Sachleistungen sind bei kommunalen Gesundheitsversorgungsstellen und öffentlichen Krankenhäusern gegen Vorlage dieser Bescheinigung zu erhalten;*

in **Schweden:** *der „försäkringskassan" (Versicherungskasse). Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

in **Island:** *der „Tryggingastofnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen:** *dem „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt). Leistungen können in Anspruch genommen werden, ohne erst Verbindung mit dem Träger aufzunehmen. Der Vordruck ist dabei vorzuweisen.*

c) Für den Bezug von Geldleistungen muss sich die betroffene Person innerhalb von drei Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Träger des Aufenthaltsortes melden und eine Arbeitseinstellungsanzeige oder, wenn die für den zuständigen Träger oder für den Träger des Aufenthaltsorts maßgebenden Rechtsvorschriften es vorsehen, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes vorlegen.

ANMERKUNGEN

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung diese Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

([1a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

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

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist.

([2b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

([3]) Nur die Familienangehörigen anzuführen, die sich vorübergehend in ein anderes Land der Gemeinschaft begeben.

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

([5]) Die beiden Angaben schließen einander gegenseitig aus; es ist nur die zutreffende Zeile auszufüllen und das Kästchen davor anzukreuzen.

([6]) Einzufügen, falls vorhanden.

▼M6

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise“ auf der Rückseite beachten!

SELBSTÄNDIGENSYSTEM

E 111 **B** (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT

VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 31.a
VO 574/72: Art. 20.4; Art. 21.1; Art. 23; Art. 31.1 und 3

ACHTUNG: DIESE BESCHEINIGUNG VERLEIHT KEINEN ANSPRUCH, WENN ZWECK DER REISE EINE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG IM AUSLAND IST

1 ☐ Erwerbstätiger ☐ Rentenberechtigter (Name ([1a]), frühere Namen ([1a]), Vornamen, Anschrift ([2]))

1.1 Kenn-Nr. ([1b]): ..... Geburtsdatum: .....

2 Familienangehörige ([3])

2.1 Name ([1a])	Vornamen	Frühere Namen	Geburtsdatum	Kenn-Nr. ([1b])
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2.2 Ständige Anschrift ([2]) ([4]): .....
.....

GILT NUR FÜR KRANKENHAUSPFLEGE

3 Die genannten Personen haben Anspruch auf Sachleistungen nur bei Krankenhauspflege.
Diese können gewährt werden:

3.1 vom ..... bis ..... einschließlich.

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([5]): .....
4.2 Anschrift ([2]): .....
.....
4.3 Stempel

4.4 Datum: .....
4.5 Unterschrift
.....

4.6 Gültig vom ..... bis	4.10 Gültig vom ..... bis .....
4.7 Stempel 4.8 Datum	4.11 Stempel 4.12 Datum
.....	.....
4.9 Unterschrift	4.13 Unterschrift
.....	.....

①

▼M6

SELBSTÄNDIGENSYSTEM | **E 111** | **B**

4.14 Gültig vom ..... bis ..... 4.15 Stempel 4.16 Datum ..... 4.17 Unterschrift	4.18 Gültig vom ..... bis ..... 4.19 Stempel 4.20 Datum ..... 4.21 Unterschrift .....

HINWEISE

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

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 Aufenthaltsorts, falls letzterer den Vordruck angefordert hat. Bei Aufenthalt im Vereinigten Königreich ist der Vordruck nicht erforderlich.

Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen:

a) Mit diesem Vordruck können Sie

— *als Selbständiger und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat,*

— *als Rentenberechtigter des Systems für Selbstständige und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als dem jeweiligen ständigen Wohnland*

von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes bei Krankenhausaufenthalt Sachleistungen erhalten (auch bei chronischen und bei bereits bestehenden Krankheiten).

b) Ist Krankenhausbehandlung erforderlich, ist die Bescheinigung dem Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorzulegen, und zwar

in **Dänemark:** *bei der zuständigen „Amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „Magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die genannten Stellen zu wenden. Der Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, erhalten Sie im örtlichen „Social- og sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

in **Deutschland:** *der Krankenkasse, die von Ihnen gewählt wird;*

in **Griechenland:** *der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch ausstellt, ohne das keine Sachleistungen gewährt werden;*

in **Spanien:** *den im Rahmen des Sozialversicherungssystems vorgesehenen Krankenhausdiensten. Der Vordruck ist zusammen mit einer Fotokopie einzureichen;*

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

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

in **Italien:** *der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale — USL" (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

in **den Niederlanden:** *der „ANOZ-Verzekeringen" in Utrecht;*

in **Österreich:** *der für den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

in **Portugal: für das Festland** *der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthaltsorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Saùde Pùblica" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Saùde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroísmo;*

in **Finnland:** *der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) und dem Krankenhaus, das die Versorgung übernimmt. Dieser Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen;*

in **Schweden:** *der „försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Aufenthaltsort;*

in **Island:** *der „Tryggingsastufnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen:** *dem „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) am Aufenthaltsort.*

ANMERKUNGEN

(*) EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien.

([1a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([1b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

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

([3]) Nur die Familienangehörigen anzuführen, die sich vorübergehend in ein anderes Land der Gemeinschaft begeben.

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

([5]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 112 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

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

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

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

1. [ ] Versicherter — [ ] Familienangehöriger eines Versicherten
[ ] Selbständiger — [ ] Familienangehöriger eines Selbständigen
[ ] Rentner (Arbeitnehmersystem) — [ ] Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
[ ] Rentner (Selbständigensystem) — [ ] Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)

1.1 Name(n) (2): .....

1.2 Vorname(n) (3): ..... Geburtsdatum: .....

1.3 Frühere Namen: .....

1.4 Anschrift im zuständigen Land: .....

1.5 Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt: .....

.....

1.6 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

2. Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen

[ ] bei Krankheit und Mutterschaft — [ ] bei außerberuflichem Unfall (5)

in ..... (Staat) weiterzubeziehen,

2.1 [ ] wohin sie umzieht,

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

.....

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

2.3 [ ] wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.

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

4. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

4.1 [ ] ist in verschlossenem Umschlag beigefügt.

4.2 [ ] wurde am ..... an (7) ..... gesandt.

4.3 [ ] kann bei uns angefordert werden.

4.4 [ ] wurde nicht erstellt.

5. Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

5.3 Anschrift: .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 112

Hinweise

Die vorliegende Bescheinigung müssen Sie unverzüglich dem Träger der Krankenversicherung des Ortes, in den Sie sich begeben, vorlegen, und zwar:
in **Belgien***: bei der „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*
in der **Tschechischen Republik***: bei der „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*
in **Dänemark***: beim Sachleistungserbringer, normalerweise beim Arzt für Allgemeinmedizin, der Sie an einen Facharzt überweisen wird;*
in **Deutschland***: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;*
in **Estland***: bei der „Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*
in **Griechenland***: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;*
in **Spanien***: bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit; Sie müssen den Vordruck sowie eine Fotokopie vorlegen;*
in **Frankreich***: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Ortskrankenkasse);*
in **Irland***: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive" (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);*
in **Italien***: in der Regel bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale" (örtliche Gesundheitseinheit);*
in **Zypern***: beim Υπουργείο Υγείας* (Gesundheitsministerium)*, 1448 Lefkosia;*
in **Lettland***: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung)*;
in **Litauen***: bei der „Teritorinÿ ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;*
in **Luxemburg***: bei der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*
in **Ungarn***: beim Gesundheitsdienstleister;*
in **Malta***: bei der Stelle des National Health Service (Staatlicher Gesundheitsdienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Gesundheitszentrum usw.), die die Behandlung durchführt;*
in den **Niederlanden***: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder im Fall eines vorübergehenden Aufenthalts bei „Agis zorgverzekeringen", Utrecht;*
in **Österreich***: bei der für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse";*
in **Polen***: bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*
in **Portugal***:* **Mutterland***: bei der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;* **Madeira***: beim „Centro de Saúde" (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts;* **Azoren***: beim „Centro de Saúde" (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts*;
in **Slowenien***: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;*
in der **Slowakei***: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa" (Krankenversicherung); für Geldleistungen: beim „Sociálna poisťovňa" (Sozialversicherungsamt), Bratislava;*
in **Finnland***: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt); der Vordruck ist der kommunalen Gesundheitsversorgungsstelle oder dem öffentlichen Krankenhaus, das die Behandlung übernimmt, vorzulegen;*
in **Schweden***: bei der „Försäkringskassan" (Versicherungskasse); der Vordruck ist der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt;*
im **Vereinigten Königreich***: beim „Medical Service" (Ärztlicher Dienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), der die Behandlung durchführt;*
in **Island***: bei der „Tryggingastofnun rikisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;*
in **Liechtenstein***: beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*
in **Norwegen**, *beim „lokale Trygdekontor" (Örtliches Versicherungsamt)*;
in der **Schweiz***: bei der „Institution commune LAMal — Istituzione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG", Solothum; der Vordruck ist dem Arzt oder dem Krankenhaus vorzulegen, bei dem die Behandlung erfolgt.*

ANMERKUNGEN

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

▼M5

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 113 ☐ (1)

KRANKENHAUSBEHANDLUNG — MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME/ENTLASSUNG

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 22a; Art. 22b; Art 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 34a; Art. 34b; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art. 17.6; Art. 20.5; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3;
Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.5; Art. 62.7; Art. 63.2

Dieser Vordruck ist bei Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für Sachleistungen zu verwenden. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen — 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. Für dänische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs ist dieser Vordruck nicht erforderlich.

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (2): .....
.....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer) ☐ Studierender
☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (System Selbständige) ☐ Sonstiger Versicherter
☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name (2a)
.....
2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....
2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)
.....
.....
2.4 Kenn-Nr. (2b): .....

3 Familienangehöriger in stationärer Behandlung

3.1 Name (2a)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....
3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (3)
.....
3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

4 Bezug:
4.1 ☐ Ihr Vordruck ..... vom ..... (4)
4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

A. Mitteilung über die Aufnahme

5 Der in ☐ Feld 2 ☐ Feld 3 Genannte
5.1 wurde am .....
5.2 in das Krankenhaus (5) ..... aufgenommen
5.3 wegen ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Arbeitsunfalls (6)
☐ Berufskrankheit (7) ☐ außerberuflichen Unfalls (8)
5.4 Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum .....
5.5 ☐ (9) Unterlagen oder ärztlicher Bericht in der Anlage

▼M5

E 113

B. Mitteilung über die Entlassung

6 Der

☐ mit Vordruck E 113 vom .....

☐ 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. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

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

([2a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([2b]) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist, oder Nummer des Passes/N.I.F.
Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.
Bei in Schweden versicherten Personen die landesweit vergebene Personenkennnummer einsetzen.

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

([4]) Kennziffer und Ausstelldatum des Vordrucks über den Leistungsanspruch des Versicherten, auf dem der Vordruck ausgestellt wird.

([5]) Bezeichnung des Krankenhauses.

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

Name oder Firma: .....

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

.....

([7]) Nach Möglichkeit anzugeben.

([8]) Anzugeben für die französischen Träger, die für die Selbständigen in der Landwirtschaft zuständig sind, und für portugiesische Träger.

([9]) Zutreffendes ankreuzen.

②

▼M5

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 114 ☐ (1)

GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN GRÖSSEREN UMFANGS

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 22a; Art. 22b; Art 24; Art. 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 34a; Art. 34b; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art. 17.7; Art. 20.5; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3;
Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.6; Art. 62.7; 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 Vordrucks an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts senden. Für Träger des Vereinigten Königreiches ist der Vordruck nicht erforderlich.

A. Mitteilung

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

.....

2 (3) ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer) ☐ Studierender

☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (System Selbständige) ☐ Sonstiger Versicherter

☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name (3a)

.....

2.2 Vornamen | Frühere Namen (3a) | Geburtsdatum

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

2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)

.....

.....

2.4 Kenn-Nr. (3b): .....

3 Familienangehöriger

3.1 Name (3a)

.....

3.2 Vornamen | Frühere Namen | Geburtsdatum

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

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (4)

.....

3.4 Kenn-Nr. (3b): .....

4 Bezug:

4.1 ☐ Ihr Vordruck ..... vom ..... (5)

4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

5 Unser ärztlicher Dienst hat für den

☐ in Feld 2 ☐ in Feld 3 Genannten

5.1 ☐ die Notwendigkeit ☐ die Dringlichkeit

5.2 folgender Leistungen anerkannt: .....

.....

5.3 Die ☐ voraussichtlich ☐ tatsächlichen Kosten betragen nach unserer Gebührenordnung

..... (6)

6 ☐ Der Bericht des Vertrauensarztes ist beigefügt (7).

7 Die in Punkt 5.2 genannten Leistungen (8)

7.1 ☐ wurden wegen Dringlichkeit bereits am ..... gewährt.

7.2 ☐ werden gewährt, falls uns innerhalb von 15 Tagen nach dem Absendetag dieser Mitteilung keine begründete Ablehnung zugeht.

①

▼M5

E 114

8	Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes		
8.1	Bezeichnung:	.....	
8.2	Anschrift ([2]):	.....	
	.....		
8.3	Stempel	8.4 Datum:	.....
		8.5 Unterschrift	.....

B. Etwaiger Einspruch des zuständigen Trägers

9 Unter Bezugnahme auf Ziffer 7.2 teilen wir Ihnen mit, dass die in Ziffer 5.2 genannten Leistungen nicht gewährt werden können.

Gründe:

.....

.....

10	Zuständiger Träger				
10.1	Bezeichnung:	.....	Kenn-Nr. ([9]):	.....	
10.2	Anschrift ([2]):	.....			
	.....				
10.3	Stempel	10.4 Datum:	.....		
		10.5 Unterschrift	.....		

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

* EWR — Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit. Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordrucks auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen.

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB: = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.

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

([3]) Ist der Verletzte in Belgien oder Liechtenstein versichert, sind auch Name und Anschrift des Arbeitgebers anzugeben:

Name oder Firma:	.....
Anschrift ([2])	.....
.....	

([3a]) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.

([3b]) Bei italienischen Staatsangehörigen sind möglichst die Versicherungsnummer und/oder der „codice fiscale" anzugeben.

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

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

([6]) In der Währung des Wohn- oder Aufenthaltslandes anzugeben.

([7]) Wird dieser Bericht beigefügt, ist das Kästchen davor anzukreuzen.

([8]) Bei belgischen Selbständigen sind **nur** die Sachleistungen bei Krankenhausaufenthalt zu berücksichtigen.

([9]) Einzusetzen, falls vorhanden.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 115 [ ] (1)

ANTRAG AUF GELDLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

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

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

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

1. Zuständiger Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift: .....

.....

1.3 Kenn-Nr. des Trägers:

.....

2. ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

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

2.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

2.3 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

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

3. Arbeitgeber (4)

3.1 Name des Arbeitgebers oder Firma: .....

3.2 Anschrift: .....

.....

A. ☐ (5) **Antrag auf Leistungen**

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

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

☐ Arbeitsunfähigkeit
infolge

4.1 ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung: .....)

☐ Arbeitsunfall ☐ Unfall am ..... (Datum)

☐ Berufskrankheit ☐ Adoption ☐ gekürzter Vergütung im Falle von Mutterschaft und Adoption

▼M11

E 115

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

6. Laut Gutachten unseres Vertrauensarztes, ☐ dessen Bericht beigefügt wird,
☐ dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,

6.1 ☐ hat die Arbeitsunfähigkeit am ..... begonnen
und dauert voraussichtlich bis .....

6.2 ☐ liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor (7)

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

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

8.1 ☐ Die Arbeitsunfähigkeit war auf andere besondere Umstände zurückzuführen, wie in den beigefügten Unterlagen erläutert.

8.2 ☐ Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt.

8.3 ☐ Weitere Unterlagen zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind diesem Vordruck beigefügt.

9. ☐ Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen, und bitten Sie, falls Sie damit einverstanden sind, um Mitteilung aller zweckdienlichen Angaben (8).

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

B. ☐ (6) **Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit**

11. Unter Bezug auf

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

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

11.3 teilen wir mit, dass der in Feld 2 Genannte laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,

☐ dessen Bericht beigefügt wird,

☐ dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,

voraussichtlich noch bis einschließlich ..... arbeitsunfähig ist.

12. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

12.3 Anschrift: .....
.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Unterschrift:
.....

▼M11

E 115

Hinweise

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

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

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

ANMERKUNGEN

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

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

(3) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt.

(4) Bei einem Arbeitslosen ist der letzte Arbeitgeber einzutragen.

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

(6) Für Personen, die bei einer deutschen Krankenkasse oder bei einem österreichischen oder belgischen Träger versichert sind: Wenn der Sozialversicherungsträger des Wohnortes den genauen Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ausstellung dieses Vordrucks nicht kennt, ist diese Information so bald wie möglich nachzureichen.

(7) Eine Kopie des an den Versicherten gerichteten Vordrucks E 118 ist beizufügen.

(8) Wenn der Vordruck für einen deutschen, italienischen, ungarischen oder polnischen Träger bestimmt ist, darf dieses Kästchen nicht angekreuzt werden.

▼**M11**

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 116 [ ] (1)

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

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

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

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

1. Zuständiger Träger, an den der Vordruck gerichtet wird

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Unser Vordruck E 116 vom ..... (Datum)

2. Anlage zu Vordruck E 115 vom ..... (Datum)

3. Der Betreffende

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

4. Ich, Dr. med .....,
habe den Obengenannten
am ..... untersucht
4.1 und bin der Auffassung, dass
☐ Krankheit ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung: .....)
4.2 wahrscheinlich
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit ☐ Unfall
4.3 ☐ Rückfall oder Verschlimmerung
vorliegt.

▼M11

E 116

A. Allgemeiner Bericht

5. In allen Fällen auszufüllen

5.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome: .....

.....

.....

5.2 Klinischer Befund: .....

.....

.....

5.3 Sonstige Angaben: .....

.....

.....

5.4 Besondere Untersuchungen [4]: .....

.....

.....

5.5 Diagnose: .....

.....

.....

5.6 Ergebnis: .....

.....

.....

5.7 ☐ Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.

5.8 ☐ Arbeitsunfähigkeit anerkannt

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

5.9 ☐ Der Betreffende wird als teilweise arbeitsunfähig befunden, und zwar zu

(..... %) vom ..... bis ..... [5]

5.10 ☐ Der Betreffende wird nachuntersucht am .....

5.11 ☐ Der Betreffende ist arbeitsfähig ab .....

B. Berichte bei Arbeitsunfall

6. Erster ärztlicher Bericht

6.1 Der Unfall hat folgende Verletzungen verursacht [6]: .....

.....

.....

.....

6.2 Diese Verletzungen ☐ haben zur Folge gehabt: ☐ werden zur Folge haben [7]:

.....

.....

.....

6.3 Die Arbeitsunfähigkeit hat begonnen am .....

6.4 Der Unfallverletzte wird behandelt

☐ zu Hause ☐ in der Sprechstunde

☐ im Krankenhaus ☐ andernorts

Anschrift [8]:

.....

.....

▼**M11**

E 116

7. Letzter ärztlicher Bericht

7.1 Die Behandlung wurde am ..... abgeschlossen.

7.2 Die Verletzungen sind seit dem ..... konsolidiert.

7.3 ☐ ohne Nachwirkungen

7.4 ☐ und haben voraussichtlich zur Folge:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

8. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

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

([2]) Vordruck E 116 ist bei *Anträgen auf Mutterschaftsleistungen, die von Belgien zu zahlen sind, nicht erforderlich. Im Fall Belgiens ist der Vordruck stets zuerst an den für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständigen belgischen Träger zu senden. In der Tschechischen Republik, in Finnland, Liechtenstein, Norwegen und Schweden wird der Vordruck vom Arzt, den die betreffende Person in Anspruch nimmt, ausgefüllt und vom Versicherungsträger bestätigt.*

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

([4]) Die Art und das Datum der Untersuchung sind anzugeben.

([5]) Für norwegische Träger.

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

([7]) Die feststehenden oder voraussichtlichen Folgen der festgestellten Verletzungen sind anzugeben: z. B. Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit; vorübergehende Voll- und Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.

([8]) Bei stationärer Behandlung ist der Name des Krankenhauses anzugeben.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 117 [ ] (1)

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI MUTTERSCHAFT UND ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1Buchstabe a Ziffer i; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 6 und 8; Artikel 24; Artikel 26 Absatz 7; Artikel 61 Absätze 6 und 8; Artikel 64

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

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

1. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

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

3. ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

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

3.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland: .....

.....

3.4 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

4. Die in Feld 3 genannte Person

4.1 ☐ hat vorläufig, vorbehaltlich etwaiger Verlängerung,
vom ..... bis ..... Anspruch auf Geldleistungen

4.2 ☐ hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118

4.3 ☐ hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab ..... (Datum)
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118

5. Diese Leistungen werden gezahlt (3)

5.1 ☐ von uns

5.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung (4)

5.3 ☐ vom Arbeitgeber (5)
vom ..... bis ..... (6)

6. (7) (8)

6.1 Die Geldleistung ist für alle Wochentage zu zahlen, außer

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

6.2 Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt

..... (9) netto, wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird,
..... (9) netto, wenn der Versicherte stationär behandelt wird

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

▼M11

E 117

7. Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses

7.1 ☐ einer Untersuchung ([10]): .....

7.2 ☐ einer verwaltungsmäßigen Überprüfung: .....

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

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

([9]) In Landeswährung anzugeben.

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

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 118 [ ] (1)

MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; Buchstabe b Ziffer ii; Buchstabe c Ziffer ii; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b.; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii, Buchstabe b Ziffer ii und Buchstabe c Ziffer ii
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 4 und 6; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 4 und 6; Artikel 64

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

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

1. Der Berechtigte

1.1 Name(n): ..... Geburtsname(n) (falls abweichend): .....

1.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

1.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland: .....

.....

1.4 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

2. ☐ Zuständiger Träger ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

2.3 Anschrift: .....

.....

3. ☐ Nach dem uns bekannt gewordenen Sachverhalt .....

☐ Nach der von unserem Arzt am ..... (Datum)

vorgenommenen Nachuntersuchung

3.1 ☐ sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig

3.2 ☐ haben Sie Anspruch auf eine Teilentschädigung in Höhe von ..... (2)

ab ..... (Datum)

3.3 ☐ sind Sie arbeitsfähig.

3.4 ☐ war Ihre Arbeitsunfähigkeit am ..... beendet (3)

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

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

3.7 ☐ Sie haben keinen Anspruch auf Leistungen, weil .....

.....

.....

4. ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts ☐ Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

4.3 Anschrift: .....

.....

4.4 Stempel

4.5 Datum: .....

4.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 118

Hinweise für den Arbeitnehmer/Selbständigen/Arbeitslosen

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

ANMERKUNGEN

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

(2) Nur dann auszufüllen, wenn der zuständige Träger den Vordruck ausstellt. Angeben, ob es sich um einen Tages-, Wochen- oder Monatsbetrag handelt.

(3) Letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit eintragen.

▼M11

E 118 Anlage

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

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

1. Belgien

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

Zuständiges Arbeitsgericht ist:

a) wenn Sie in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren Wohnsitz zuständigen Gerichtsbezirks;

b) wenn Sie nicht oder nicht mehr in Belgien wohnen, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Wohnsitz oder Wohnort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks;

c) wenn Sie nicht in Belgien gewohnt haben, das Arbeitsgericht des für Ihren letzten Beschäftigungsort in Belgien zuständigen Gerichtsbezirks.

2. Tschechische Republik

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

3. Dänemark

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

4. Deutschland

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

Bezeichnung: .....

Anschrift:

.....

.....

5. Estland

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

6. Griechenland

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

Bezeichnung: .....

Anschrift:

.....

.....

7. Spanien

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

Bezeichnung: .....

Anschrift:

.....

.....

8. Frankreich

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

Bezeichnung: .....

Anschrift:

.....

.....

9. Irland

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

▼M11

E 118 Anlage

10. Italien

Beschwerde gegen INPS-Entscheidungen (Krankheit und Mutterschaft)

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

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

Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

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

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

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

11. Zypern

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

12. Lettland

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

Bezeichnung: .....

Anschrift:

.....

.....

13. Litauen

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

14. Luxemburg

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

15. Ungarn

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

16. Malta

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

17. Niederlande

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

18. Österreich

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

19. Polen

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

20. Portugal

Falls Sie mit dem beigefügten Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie

— bei Nichtanerkennung einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von acht Tagen nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei der „Commissão Instaladora da Adminstração Regional de Saúde“ (Einrichtungsausschuss der Regionalgesundheitsverwaltung) einlegen
oder

— bei Abweisung eines Antrags auf Geldleistungen aus Verwaltungsgründen innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Bescheids Rechtsbehelf beim „Tribunal Administrative de Circulo“ (Bereichsverwaltungsgericht) einlegen. Falls Sie außerhalb Portugals wohnen, beträgt diese Frist vier Monate nach Zustellung des Bescheids.

▼M11

E 118 Anlage

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

22. Slowakei
Falls Sie mit den Feststellungen nicht einverstanden sind und in dieser Sache noch keine Entscheidung ergangen ist, können Sie bei der zuständigen Zweigstelle der Sozialversicherung einen solchen Bescheid beantragen. Binnen 15 Tagen nach Erlass des Bescheids der örtlichen Zweigstelle können Sie bei der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherung dessen Überprüfung beantragen. Der Bescheid der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt über Leistungen ist endgültig; Sie können jedoch binnen zwei Monaten nach Erlass des Bescheids beim zuständigen Regionalgericht Klage gegen diesen einreichen.
Gegen Entscheidungen der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherung in anderen, nicht die Leistungen betreffenden Angelegenheiten können Sie binnen 30 Tagen nach Erlass beim zuständigen Regionalgericht Klage auf Abänderung einreichen. Die Anschrift der Hauptgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt ist: Sociálna poist'ovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

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

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

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

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

27. Liechtenstein

a) Betreffend Krankenversicherung: Wenn Sie mit einer Entscheidung einer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie einen förmlichen Bescheid verlangen, der die Begründung und die Rechtsbehelfsbelehrung enthalten muss.
Innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung dieses förmlichen Bescheids können Sie ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen.

b) Betreffend Unfallversicherung: Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von zwei Monten nach seiner Zustellung bei dem betreffenden Unfallversicherer die Überprüfung seines Bescheids verlangen.
Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie ebenfalls innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen. Dies gilt auch für die Entscheidung des Unfallversicherers zu dem oben erwähnten Überprüfungsbegehren.

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

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

▼**M10**

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 119 ☐ [1]

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH VON ARBEITSLOSEN UND IHREN FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF GELDLEISTUNGEN

(Der zuständige Träger muss diesen Vordruck dem Arbeitslosen aushändigen oder ihn an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes senden, falls dieser ihn aufgefordert hat.)

Angaben zum Berechtigten

1. Name(n): ☐☐

2. Vorname(n): ☐☐

3. Geburtsdatum: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

4. Persönliche Kenn-Nr. ([2]): ☐☐

5. Anschrift in dem Land, in das er sich zur Arbeitssuche begeben hat: ☐☐

Angaben zum Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes ([3])

6. Bezeichnung des Trägers: ☐☐

7. Kenn-Nr. des Trägers: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Anschrift: ☐☐

9. Ihr Vordruck ☐ E 107 vom ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ E 115 vom ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. Die betreffende Person hat Anspruch auf Geldleistungen

10.1 ☐ für sich

10.2 ☐ für ihre Familienangehörigen

▼**M10**

11. Bei Arbeitsunfähigkeit können Geldleistungen gezahlt werden

11.1 ☐ für den Zeitraum, für den Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit besteht

11.2 ☐ für die bis zum ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ einschließlich aufgetretenen Krankheitsfälle für ☐☐ Tage ☐☐ Wochen

12. Diese Geldleistungen werden gezahlt

12.1 ☐ von uns

12.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung

13. Die Geldleistung ist zu zahlen

13.1 ☐ für die gleichen Wochentage, die in der Arbeitslosenversicherung vorgesehen sind

13.2 ☐ für alle Wochentage, außer ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

14. Der Netto-Tagessatz dieser Geldleistungen ist gleich ([4])

14.1 ☐ dem in der Arbeitslosenversicherung vorgesehenen Betrag

14.2 ☐ .... , wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird,

und .... , wenn er stationär behandelt wird

Angaben zum zuständigen Träger

15. Bezeichnung des Trägers: ☐☐

16. Kenn-Nr. des Trägers: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. Anschrift: ☐☐☐

18. Stempel:

19. Datum: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

20. Unterschrift:

▼**M10**

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen

Hinweise für den Arbeitslosen:

Um bei Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausbehandlung Geldleistungen zu erhalten, müssen Sie (außer in den Niederlanden) den oben genannten Vordruck sowie eine von Ihrem behandelnden Arzt auszustellende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgendem Träger vorlegen:

– in **Belgien** der „mutualité“ (örtliche Krankenkasse) Ihrer Wahl;
– in **Dänemark** der „kommunekantoret på opholdsstedet“ (Gemeindeverwaltung des Aufenthaltsortes);
– in **Deutschland** der Krankenkasse Ihrer Wahl;
– in **Griechenland** in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA);
– in **Spanien** der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Aufenthalts- oder Wohnorts;
– in **Frankreich** der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse);
– in **Irland** dem „Department of Social and Family Affairs, EC Record section“ (Ministerium für Sozial- und Familienangelegenheiten, Dokumentation, EG-Bereich), Dublin 2;
– in **Italien** der „Azienda sanitaria locale“ (ASL);
– in **Luxemburg** der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);
– in den **Niederlanden:** hier müssen Sie Ihre Arbeitsunfähigkeit der „Uitvoering werknemersverzekeringen“ (UWV) (Ausführungsbehörde für Arbeitnehmerversicherungen) melden;
– in **Portugal:** für das **Festland** dem „Instituto de Solidaridade e Segurança Social – Centro Distrital de Segurança Social“ (Regionalstelle für die soziale Sicherheit); für **Madeira** dem „Centro de Segurança Social da Madeira” (Regionaldirektion für die soziale Sicherheit) in Funchal; für die **Azoren** dem „Centro de Prestações Pecuniarias” (Regionaldirektion für die soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;
– im **Vereinigten Königreich** dem „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), The Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle on Tyne; in **Nordirland** dem „Department for Social Development“ (Ministerium für Soziale Entwicklung), Overseas Benefits Unit, Block 2, Castle Buildings, Belfast;
– in **Österreich** der für den Wohnort oder Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;
– in **Finnland** der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansanzlaekelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);
– in **Island** dem „Tryggingastofrun rsikins“ (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;
– in **Liechtenstein** dem Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;
– in **Norwegen** dem „lokale Trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt) am Wohn- oder Aufenthaltsort;
– in **Schweden** der „försäkringskassan“ (Versicherungskasse) am Wohn- oder Aufenthaltsort;
– in der **Schweiz** der „Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG“ in Solothurn;
– in der **Tschechischen Republik** územní organizační jednotky České správy sociálního zabezpečení;
– in **Lettland** der „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (staatliche Sozialversicherungsanstalt);
– in **Litauen** der „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritorinial skyriai” (gebietsmäßig zuständige Stelle der Landessozialversicherungskasse);
– in der **Slowakei** dem „Sociálna poisťovňa“ (Sozialversicherungsamt) in Bratislava;
– in **Estland** der „Eesti Haigekassa“ (Estnische Krankenkasse);
– in **Malta** dem „Department of Social Security“ Ministerium für soziale Sicherheit, Valetta;
– in **Polen** Wojewódzkiego Urzędu Pracy (WUP); der Zweigstelle der Nationalen Gesundheitseinrichtung des Aufenthaltsortes;
– in **Ungarn** dem örtlich zuständigen „Megyei Egészségniztosítási Pénztár“ Bezirksbüro für Gesundheitsversicherung;
– in **Slowenien** der örtlich zuständigen Außenstelle des „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenje (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsortes;
– in **Zypern** dem Ministerium für Gesundheit.

▼M10

ANMERKUNGEN

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

(2) Haben Familienangehörige keine eigene persönliche Kennnummer, so ist die Kennnummer der Person anzugeben, von der sich ihre Ansprüche ableiten.

(3) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck auf Antrag des Trägers am Wohn- oder Aufenthaltsort ausgestellt wird.

(4) Nur auszufüllen, wenn die Geldleistungen vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts zu gewähren sind.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 120 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH DES RENTENANTRAGSTELLERS UND SEINER FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF SACHLEISTUNGEN

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 26 Absatz 1
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 28

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

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

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Rentenantragsteller

2.1 Name(n) (3): Geburtsname(n) (falls abweichend):
.....
2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:
....
2.3 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.4 Persönliche Kenn-Nr.:
.....

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

3.1 Die oben genannte Person hat am .....
Antrag auf folgende Rente gestellt
☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit
3.2 ☐ Die Prüfung dieses Antrags ergibt, dass der Genannte eine Rente zu unseren Lasten erhalten kann.

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
4.3 Anschrift: .....
.....
4.4 Stempel
4.5 Datum: .....
4.6 Unterschrift:
.....

▼M11

E 120

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 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers: .....

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

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

5.4 ☐ ein Jahr lang ab dem ..... (Datum)

6. Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

6.3 Anschrift: .....

.....

6.4 Stempel

6.5 Datum: .....

6.6 Unterschrift:

.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7. ☐ (4)

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

Grund: .....

.....

8. ☐ (4)

8.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen wurden am

..... (Datum) eingetragen.

9. Eingetragene Familienangehörige

	Name(n) (3)	Vorname(n)	Geschlecht w	Geschlecht m	Geburtsdatum	Persönliche Kenn-Nr.
9.1						
9.2	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.3	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.4	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.5	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.6	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.7	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....
9.8	.....	.....	☐	☐	.....	.....
	.....	.....			.....	.....

10. Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

10.3 Anschrift: .....

.....

10.4 Stempel

10.5 Datum: .....

10.6 Unterschrift:

.....

▼M11

E 120

Hinweise für die Versicherten

a) *Aufgrund dieser Bescheinigung haben Sie und Ihre Familienangehörigen im Wohnland Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft.*

b) *Die in Ihrem Besitz befindlichen beiden Ausfertigungen des Vordrucks sind so bald wie möglich einem der nachstehend genannten Versicherungsträger vorzulegen:*

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

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

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

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

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

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

in **Spanien**: *bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohn- oder Aufenthaltsorts; wenn Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an die Ärzte- und Krankenhausdienste des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit wenden; Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

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

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

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

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

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

in **Litauen**: *bei der „Teritoriné ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse); Leistungen ärztlicher Dienste können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

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

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

in **Malta**: *beim „Ministry of Health" (Ministerium für Gesundheit), Valetta;*

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

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

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

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

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

in der **Slowakei**: *bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poist'ovňa" (Krankenversicherung);*

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

in **Schweden**: *bei der „Försäkringskassan" (Versicherungskasse) des Wohnorts; Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

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

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

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

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

c) *Den Versicherungsträger, dem Sie die Bescheinigung vorgelegt haben, müssen Sie von jeglicher Änderung unterrichten, durch die sich Ihr Sachleistungsanspruch ändern könnte, insbesondere von der Gewährung der beantragten Rente sowie von jeder Änderung Ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes oder des Wohn- oder Aufenthaltsortes eines Ihrer Familienangehörigen.*

ANMERKUNGEN

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

([2]) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnt der Rentenantragsteller im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions" (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service" (Rentenstelle), „International Pension Centre" (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

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

([4]) Entweder Feld 7 oder Feld 8 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 121 [ ] (1)

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

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

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

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

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Rentenberechtigter

2.1 Name(n)(3): ..... Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
2.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....
2.3 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.4 Datum der Wohnsitzverlegung: .....
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....
2.6 Der Rentner war

- ☐ Arbeitnehmer
- ☐ Selbständiger
- ☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)
- ☐ Grenzgänger (Selbständiger)
- ☐ Arbeitsloser

3. Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

3.1 Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

3.2 seit .....

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
4.3 Anschrift: .....
.....
4.4 Stempel 4.5 Datum: .....
4.6 Unterschrift:
.....

▼**M11**

E 121

5. Familienangehöriger des Rentners

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

5.2 Vorname(n): Geburtsdatum:
....

5.3 Anschrift im Wohnland: .....
.....

5.4 Persönliche Kenn-Nr.: .....

5.5 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....
.....

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

6.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers: .....

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

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

6.4 ☐ vom ..... an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.5 ☐ ein Jahr vom ..... an(6)

6.6 ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E ..... vom ..... ungültig

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

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

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....
.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:
.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9. ☐ (7)

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

9.2 ☐ weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist

9.3 ☐ sonstige Gründe: .....
.....
.....

▼**M11**

E 121

10. ☐ (7)

10.1 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen

10.2 ☐ Diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten; die Berechnung des Pauschbetrags nach Artikel 95 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem .....

11. Europäische Krankenversicherungskarte

11.1 ☐ In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., wie in Feld 7 verlangt.

11.2 ☐ Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an die in Feld 2 oder 5 angeführte Person ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., gültig bis ..... bekannt.

12. Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder des Familienangehörigen

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

12.3 Anschrift: .....

.....

12.4 Stempel

12.5 Datum: .....

12.6 Unterschrift:

.....

Hinweise für Rentner und Familienangehörige

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

in **Litauen***: bei der „Teritoriné ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse);*

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

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

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

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

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

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

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

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

in der **Slowakei***: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poist'ovňa" (Krankenversicherung);*

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

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

▼**M11**

E 121

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

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

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

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

ANMERKUNGEN

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

(2) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnt der Rentner oder der Familienangehörige des Rentners im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

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

(4) In Ungarn ist dieses Feld vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung auszufüllen.

(5) In Italien sind Feld 6 und 7 von der ASL — Azienda sanitaria locale (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung) oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.

(6) Falls der von einem deutschen, französischen, ungarischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellte Vordruck einen Familienangehörigen betrifft.

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

▼M3

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 123 [ ] (1)

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

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

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

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

1. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

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

2. Versicherter

2.1 Name(n) (3): .....

2.2 Geburtsname(n) (falls abweichend): .....

2.3 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

2.5 Der Versicherte ist
- [ ] Arbeitnehmer
- [ ] Selbständiger
- [ ] Grenzgänger (Arbeitnehmer)
- [ ] Grenzgänger (selbständig)
- [ ] arbeitslos

3. Aufgrund

3.1 [ ] Ihres Vordrucks E 107 vom .....

3.2 [ ] des am ..... eingetretenen Arbeitsunfalls
mit nachstehend bezeichneten Folgen:
.....
.....
.....

3.3 [ ] der am ..... festgestellten Berufskrankheit
mit nachstehend bezeichneten Folgen:
.....

3.4 [ ] der dem Betroffenen von uns erteilten Genehmigung zum Weiterbezug von Sachleistungen
in: ..... (Land), wohin er sich begibt,
[ ] wohin er umzieht, [ ] wo er sich behandeln lässt,

▼**M11**

E 123

4. können dem Genannten Sachleistungen gewährt werden wegen
☐ Arbeitsunfalls ☐ Berufskrankheit

4.1 ☐ für die in den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vorgesehene Dauer:
4.2 ☐ vom ..... ☐ bis .....
4.3 ☐ für höchstens drei Monate
4.4 ☐ zeitlich unbegrenzt

5. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

5.1 ☐ ist in verschlossenem Umschlag beigefügt
5.2 ☐ wurde am ..... an (4) ..... übersandt
.....
5.3 ☐ kann bei uns angefordert werden
5.4 ☐ wurde nicht erstellt

6. Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....
6.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
6.3 Anschrift: .....
.....
6.4 Stempel
6.5 Datum: .....
6.6 Unterschrift:
.....

Hinweise für die Versicherten

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

in **Belgien**:

a) *bei Sachleistungen wegen Krankheit oder eines Nichtberufsunfalls: der „Mutualité"/„Mutualiteit" (örtliche Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

b) *bei Sachleistungen wegen einer Berufskrankheit: dem „Fonds des maladies professionnelles" (Kasse für Berufskrankheiten), 1210 Brüssel;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

in **Italien**:

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

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

▼M11

E 123

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

in **Litauen**: *bei der „Teritoriné ligoniu kasa“ (Gebietskrankenkasse); Leistungen ärztlicher Dienste können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

in **Luxemburg**: *bei der „Association d'assurance contre les accidents“ (Unfallversicherungsverband) in Luxemburg;*

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

in **Malta**: *bei der „Entitlement Unit“, 23 St. John Street, Valletta, CMR02.*

in den **Niederlanden**: *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse; oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei „Agis Zorgverzekeringen“ (Allgemeiner Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit), Utrecht; Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die „Agis zorgverzekeringen“ zu wenden;*

in **Österreich**: *bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse“ oder bei der „Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Wien“;*

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

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

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

in der **Slowakei**: *bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poist'ovňa” (Krankenversicherung);*

in **Finnland**: *beim „Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto“ (Allgemeiner Unfaliversicherungsverband);*

in **Schweden**: *bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse); Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

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

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

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

in **Norwegen**: *beim „lokale trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt); Leistungen können ohne vorherige Benachrichtigung des Trägers in Anspruch genommen werden;*

in der **Schweiz:** *bei der „Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio“, Luzern. Sachleistungen (Krankenhaus, Arzt, Apotheke) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden.*

ANMERKUNGEN

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

(2) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung auf Antrag des Trägers des Wohnlandes ausgestellt wird. Begibt sich der Versicherte ins Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

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

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

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E □□□ [ ] (1)

ANTRAG AUF STERBEGELD

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

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

1. Ich, der Unterzeichnete

1.1 Name(n) (2): ..... Geburtsname(n) (falls abweichend): .....

1.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

1.3 Persönliche Kenn-Nr.: .....

1.4 Träger, bei dem ich versichert bin (3) (4): .....

.....

1.5 Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen: .....

1.6 Anschrift: .....

.....

.....

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

3.

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

3.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

3.3 Persönliche Kenn-Nr.: .....

3.4 Todestag: .....

3.5 Todesursache:

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall

☐ Berufskrankheit ☐ Handlung eines Dritten ☐ sonstige Ursache

3.6 Träger, bei dem der Verstorbene versichert war (3) (4): .....

.....

4. Der Antragsteller ☐ wurde ☐ wurde nicht von dem Verstorbenen unterhalten

5. Der Verstorbene ☐ wurde ☐ wurde nicht vom mir unterhalten

6. Dem Verstorbenen ☐ wurde ☐ wurde nicht gegen Vergütung Unterkunft gewährt

☐ vom Sterbegeldantragsteller

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

7. Der Sterbegeldantragsteller ☐ ist ☐ ist kein Inhaber eines Bestattungsunternehmens, Beauftragter oder Bevollmächtigter eines solchen (6) (7)

Der Sterbegeldantragsteller ☐ ist ☐ ist keine juristische Person des Privatrechts, die aufgrund eines Versicherungsvertrags die Kosten ganz oder teilweise übernommen hat (6)

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

9. Folgende Unterlagen sind beigefügt: .....

.....

.....

.....

▼**M11**

E 124

10. Bitte zahlen Sie den geschuldeten Betrag auf mein Konto Nr. IBAN .....

bei der ..... (BIC/SWIFT-Code) .....

in ..... (9)

11. Datum: .....

11.1 Unterschrift des Antragstellers:

.....

Hinweise für den Antragsteller

a) *Um Sterbegeld zu erhalten, müssen Sie einen Antrag auf diesem Vordruck einreichen*

— *entweder beim zuständigen Versicherungsträger*
— *oder bei dem Versicherungsträger des Ortes, an dem Sie leben, und zwar:*

in **Belgien**: *bei einer „Mutualité"/„Mutualiteit" (Ortskrankenkasse);*

in der **Tschechischen Republik**: *beim „Úřad práce" (Arbeitsamt) Ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes;*

in **Dänemark**: *beim Ministerium für Inneres und Gesundheit in Kopenhagen;*

in **Griechenland**: *bei der örtlichen Geschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA);*

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

in **Frankreich**: *bei der Stelle, die Sachleistungen der Krankenversicherung gewährt oder gewähren würde;*

in **Irland**: *an das „Department of Social Welfare" (Ministerium für Sozialordnung) in Dublin;*

in **Italien**: *bei der Provinzgeschäftsstelle des INAIL;*

in **Lettland**: *bei der „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Staatliche Sozialversicherungsagentur);*

in **Litauen**: *beim „Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (Sozialhilfeamt der Gemeinde) am Wohn- oder Aufenthaltsort;*

in **Luxemburg**: *bei der „Union des caisses de maladie" (Vereinigung der Krankenkassen);*

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

in **Polen**: *bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Zweigstelle der „Zaklad Ubezpieczin Spolecznych" (Sozialversicherungsanstalt — ZUS), oder, für Landwirte, bei der zuständigen regionalen Zweigstelle der „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Spolecznego" (Sozialversicherungsfonds für die Landwirtschaft — KRUS) oder beim „Zaklad Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnetrznych i Administacji" (Rentenreferat des Ministeriums für Inneres und Verwaltung in Warschau) als Verbindungsstelle für Sondersysteme);*

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

in **Slowenien**: *bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsanstalt);*

in der **Slowakei:** *beim „Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (Amt für Arbeit, Soziales und Familie) am Wohn- oder Aufenthaltsort des Verstorbenen;*

in **Finnland**: *bei der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) in Helsinki;*

in **Schweden**: *bei der „försäkringskassan" (Versicherungskasse) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;*

in **Estland**: *bei der „Sotsiaalkindlustusamet" (Sozialversicherungsanstalt) in Talinn;*

in **Island**: *bei der „Tryggingastofnun rikisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen**: *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;*

in der **Schweiz**: *bei der „Institution commune LAMal — Istituzione commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG" in Solothurn.*

b) *Dem Antrag sind folgende Dokumente beizufügen:*

Belgien:	*Auszug aus der Sterbeurkunde, ausgestellt von der Gemeindeverwaltung,* *quittierte Rechnungen über die Beerdigungskosten,* *alle Unterlagen zum Nachweis des Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnisses mit dem Verstorbenen oder gegebenenfalls des Zusammenlebens mit ihm;*
Dänemark:	*Sterbeurkunde.* *Bitte lesen Sie aufmerksam die „veiledning om ansøgning for begravelseshj" (Hinweise für die Beantragung von Sterbegeld), die Sie anschließend erhalten werden;*
Griechenland:	*Sterbeurkunde, Gesundheitsbuch, Versicherungskarten und gegebenenfalls quittierte Rechnungen über die Beerdigungskosten;*
Spanien:	*Sterbeurkunde,* *Bescheinigung über das Verwandtschaftsverhältnis oder quittierten Rechnungen über die Bestattungskosten, falls kein Verwandtschaftsverhältnis des Antragstellers mit dem Verstorbenen vorliegt;*
Frankreich:	*in jedem Fall die Sterbeurkunde des Versicherten;* *ferner je nach Sachverhalt:* — *wenn Sie mit dem Versicherten verheiratet waren, die „fiche familiale" (Familienkarte des Standesamtes),* — *wenn Sie ein Verwandter absteigender Linie (Sohn, Tochter, Enkel usw.) der/des Verstorbenen sind, die „fiche familiale" (Familienkarte des Standesamtes), aus der das Verwandtschaftsverhältnis ersichtlich ist,* — *wenn Sie in aufsteigender Linie mit dem/der Verstorbenen verwandt sind (Vater, Mutter, Großeltern usw.): seine/ihre „fiche individuelle" (Personalienkarte des Standesamtes),* — *wenn Sie aus sonstigen Gründen von dem/der Verstorbenen unterhalten wurden, eine schriftliche eidesstattliche Erklärung, dass der/die Verstorbene tatsächlich und dauernd für Ihren Unterhalt gesorgt hat;*

▼M11

E 124

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

ANMERKUNGEN

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

(2) Die Namen sind vollständig in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(3) Nur, wenn es sich um einen Erwerbstätigen, Rentner oder Rentenantragsteller handelt.

(4) Bezeichnung und Anschrift angeben.

(5) Für die portugiesischen Träger ist das beigefügte Einlegeblatt auszufüllen.

(6) Zu ergänzen, wenn das Sterbegeld aufgrund der belgischen Rechtsvorschriften beantragt wird, soweit der Antragsteller nicht der Ehegatte, ein Verwandter oder Verschwägerter bis zum dritten Grad des Verstorbenen ist.

(7) Ist der Antragsteller ein Bestattungsunternehmer, muss eine Vollmacht der leistungsberechtigten Person vorliegen, falls das Sterbegeld nach Maßgabe der finnischen oder estnischen Rechtsvorschriften beantragt wird.

(8) In der Währung des Wohnlandes des Antragstellers anzugeben.

(9) Nicht für irische Träger.

▼**M11**

E 124 Einlegeblatt

ERGÄNZENDE ANGABEN
FÜR DIE PORTUGIESISCHEN TRÄGER

1. Ehegatte

1.1 Familienstand

☐ Witwer/Witwe ☐ wiederverheiratet ☐ geschieden

1.2 Lebte er/sie zum Zeitpunkt des Todes mit dem/der Verstorbenen zusammen und wurde von ihm/ihr unterhalten?

☐ ja ☐ nein

2. Kinder, die Anspruch auf Familienbeihilfe haben

	Name(n)	Vorname(n)	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum		Behindertes Kind
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

▼**M11**

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 125 [ ] (1)

EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN

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

Für jeden Sachleistungsberechtigten ist ein Vordruck auszufüllen.

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

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

2. An den zuständigen Träger

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

3. Sachleistungsberechtigter

3.1 Name(n) (2): .....
3.2 Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
3.3 Vorname(n): Geburtsdatum:
....
.....
3.4 Persönliche Kenn-Nr. (3):
a) beim zuständigen Träger
.....
b) beim forderungsberechtigten Träger
.....
3.5 Der Versicherte ist
☐ Arbeitnehmer
☐ Selbständiger
☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)
☐ Grenzgänger (selbständig)
☐ Arbeitsloser

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

4.1 ☐ Europäische Krankenversicherungskarte — Nummer: ..... Ablaufdatum: .....
☐ provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte — Nummer: .....
ausgestellt am ..... gültig vom ..... bis .....
☐ Vordruck E ....., ausgestellt am ..... gültig vom ..... bis .....

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

▼M11

E 125

5.	Tatsächliche Aufwendungen		Betrag (4)
5.1	**Für Sachleistungen**	vom ..... bis	.....
	wegen (5)	☐ Krankheit ☐ Nichtarbeitsunfall ☐ Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	
5.2	Ärztliche Behandlung	.....	.....
5.3	Zahnärztliche Behandlung	.....	.....
5.4	Arzneimittel	.....	.....
5.5	Krankenhausbehandlung	vom ..... bis	.....
		vom ..... bis	.....
5.6	Sonstige Leistungen (6)	.....	.....
		.....	.....
5.7	**Sachleistungen insgesamt**		
5.8	**Ärztliche Kontrollen** (7)	.....	
	.....		.....
5.9	**Für Geldleistungen**	vom ..... bis	.....
5.10	**Aufwendungen insgesamt**		
	.....		

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

7.	Dem Träger des zuständigen Staates vorbehalten

▼M11

E 125

ANMERKUNGEN

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

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

(3) Wenn der Sachleistungsberechtigte ein aufgrund eines Vordrucks E 106 eingetragener Familienangehöriger ist, ist die persönliche Kenn-Nummer des Versicherten anzugeben.

(4) In Landeswährung anzugeben.

(5) Wenn der Vordruck für einen schweizerischen Träger bestimmt ist.

(6) Die Art der Leistung ist anzugeben: Geburtshilfe, Zahnersatz, orthopädische Prothesen, Thermalkur, Krankenwagen, ergänzende Diagnosemaßnahmen usw.

(7) Angabe der Art der durchgeführten ärztlichen Kontrollen oder der erstellten ärztlichen Gutachten.

(8) Ein elektronisch übermittelter und signierter Vordruck muss nicht gestempelt werden.

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 126 [ ] (1)

ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR SACHLEISTUNGEN

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

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

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

A. Anfrage

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

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

1.3 Anschrift: .....

.....

.....

2. ☐ Anspruchsberechtigter

2.1 Name(n) (3): .....

2.2 Geburtsname(n) (falls abweichend): .....

2.3 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

.....

2.4 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

2.5 Die betreffende Person ist/war:

☐ Arbeitnehmer

☐ Selbständiger

☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)

☐ Grenzgänger (selbständig)

☐ Arbeitsloser

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

3.1 Name(n) (3): .....

3.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....

3.3 Persönliche Kenn-Nr.:

.....

4. Die oben genannte Person hat

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

4.2 in ..... (Ort)

4.3 die Kosten für die erforderliche Behandlung wegen ..... selbst verauslagt.

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

6. Beiliegend ..... Quittungen.

▼**M11**

E 126

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

B. Mitteilung

8. Beiliegend ..... Quittungen mit den erbetenen Gebührensätzen.

9. ☐ Erstattungsbetrag ..... ☐ Keine Erstattung

10. Bemerkungen: .....
.....
.....
.....

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

ANMERKUNGEN

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

([2]) Ist der Träger, der die Sachleistungen hätte gewähren müssen, unbekannt, so kann der Vordruck an die Verbindungsstelle des Aufenthaltslandes gerichtet werden, und zwar:

in **Belgien**: *an das „Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité — INAMI" (Staatliche Anstalt für Kranken- und Invaliditätsversicherung), Brüssel;*

in der **Tschechischen Republik**: *an das „CMU" (Zentrum für internationale Erstattungen), Prag;*

in **Dänemark**: an das „*Indenrings- og Sundhedsministeriet*" (Ministerium für innere Angelegenheiten und Gesundheit), Kopenhagen;

in **Deutschland**: *an die „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland (DVKA)", Bonn;*

in **Estland** *an die „Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*

in **Griechenland**: *an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT);*

in **Spanien**: *an das „Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Landesanstalt für die soziale Sicherheit), Madrid*;

in **Frankreich**: *an das „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (Zentralstelle für europäische und internationale Verbindungen im Bereich der sozialen Sicherheit), Paris;*

in **Irland**: *an das „Department of Health" (Gesundheitsministerium), Dublin*;

in **Italien**: *an das „Ministero della salute" (Gesundheitsministerium), Rom*;

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

in **Lettland**: *an die „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung, Riga;*

in **Litauen**: *an den „Valstybinė ligonių kasa" (Staatlicher Patientenfonds), Vilnius;*

in **Luxemburg**: *an die „Union des caisses de maladie" (Vereinigung der Krankenkassen), Luxemburg;*

in **Ungarn**: *an die „Országos Egészségbiztositási Pénztár" (Staatliche Krankenversicherung), Budapest;*

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

in den **Niederlanden**: *an die „Agis Zorgverzekeringen*", *Utrecht*;

in **Österreich**: *an den „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger",* Wien;

in **Polen**: *an den Narodowy Fundusz Zdrowia (Nationaler Gesundheitsfonds), Warschau;*

in **Portugal**: *an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen über soziale Sicherheit), Lissabon*;

in **Slowenien**: *an die „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija" (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens — Direktion), Ljubljana;*

in der **Slowakei**: an die „*Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou" (Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen), Bratislawa;*

▼**M11**

E 126

in **Finnland**: *an die „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt), Helsinki;*
in **Schweden**: *an das „Riksförsäkringsverket“ (Landesversicherungsamt), Stockholm*;
in **Island**: *an die „Tryggingastofnun rikisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik*;
in **Liechtenstein**: *an das Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;*
in **Norwegen**: *an das „Rikstiygdeverket“ (Landesversicherungsamt), Oslo*;
in der **Schweiz:** *an die „Institution commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG — Instituzione commune LAMal“, Solothurn.*

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

———

▼M11

VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

E 127 [ ] (1)

EINZELAUFSTELLUNG DER MONATSPAUSCHBETRÄGE

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

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

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

1.

Aufstellung Nr. ..... | für das Rechnungsjahr 20 ..... (2)

2. Zuständiger Träger

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

3. Der Sachleistungsanspruch wurde erworben durch den

☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigten
☐ Selbständigen

3.1 Name(n) (3): .....
3.2 Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
3.3 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: ....
3.4 Persönliche Kenn-Nr. beim zuständigen Träger:
.....
3.5 Persönliche Kenn-Nr. beim forderungsberechtigten Träger:
.....

4. Diese Einzelaufstellung betrifft

4.1 ☐ die Familie der in Feld 3 genannten Person, wohnhaft unter folgender Anschrift: .....
.....
4.2 ☐ den in Feld 3 genannten und unter folgender Anschrift wohnenden Rentenberechtigten: .....
.....
4.3 ☐ den nachstehend genannten Familienangehörigen des in Feld 3 genannten Rentenberechtigten:
☐ den nachstehend genannten Familienangehörigen der in Feld 3 genannten Person (4):
4.3.1 Name(n) (3): .....
4.3.2 Vorname(n): .... Geburtsdatum: .....
4.3.3 Anschrift: .....
.....
4.3.4 Persönliche Kenn-Nr. beim zuständigen Träger:
.....
4.3.5 Persönliche Kenn-Nr. beim forderungsberechtigten Träger:
.....

▼**M11**

E 127

5. Der Anspruch der Familienangehörigen des genannten Versicherten bzw. des genannten Rentenberechtigten und seiner Familienangehörigen auf Sachleistungen wurde von Ihnen mit Vordruck

E ..... vom ..... (Datum) bescheinigt

6. Für den Zeitraum, für den dieser Anspruch bestand

(vom ..... bis .....),

6.1 beträgt die Zahl der Monatspauschbeträge .....

6.2 ☐ je Familie, unabhängig von der Zahl der Familienmitglieder, unter Anwendung eines Einheitssatzes

☐ je Rentenberechtigten bzw. dessen Familienangehörige — für jeden ein individueller Vordruck E 127, unter Anwendung des gleichen Satzes für den Rentenberechtigten und die Familienangehörigen

☐ pro Kopf (4)

7. Forderungsberechtigter Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

7.3 Anschrift: .....

.....

7.4 Stempel (5)

7.5 Datum: .....

7.6 Unterschrift:

.....

ANMERKUNGEN

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

(2) Kalenderjahr, in dem die Leistungen gewährt wurden.

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

(4) Wenn es sich um ein besonderes System von Pauschbeträgen handelt.

(5) Ein elektronisch übermittelter und unterzeichneter Vordruck muss nicht gestempelt werden.