II

(Nicht veröffentlichungsbedürftige Rechtsakte)

KOMMISSION

VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

BESCHLUSS Nr. 120

vom 7. Juli 1982

über die zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 des Rates erforderlichen Vordrucke (E 001; E 101 bis 127; E 201 bis 215; E 301 bis 303; E 401 bis 411)

(83/311/EWG)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT DER WANDERARBEITNEHMER

BESCHLIESST —

aufgrund des Artikels 81 Buchstabe a) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971, 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. 112 vom 28. Februar 1980 zur Aufstellung und Anpassung der zur Durchführung der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72 erforderlichen Vordrucke,

in Erwägung nachstehender Gründe:

Diese Vordrucke sind im Hinblick auf ihre Verwendung in der um Griechenland erweiterten Gemeinschaft anzupassen.

Sie sind auch anzupassen, um der Anwendung der vorgenannten Verordnungen auf Selbständige und deren Familien ab 1. Juli 1982 Rechnung zu tragen.

Auch den durch die Einführung eines landesweiten Gesundheitssystems in Italien bedingten Änderungen ist Rechnung zu tragen.

Die erforderlichen Änderungen zu Vordruck E 111 wurden bereits durch Beschluß Nr. 114 vom 7. Juli 1982 veranlaßt.

Für die Sprache, in der die Vordrucke ausgestellt werden, gilt die Empfehlung Nr. 15 der Verwaltungskommission —

FOLGENDES:

1. Die in den Beschlüssen Nrn. 112 und 114 enthaltenen Vordruckmuster werden durch die beigefügten Muster ersetzt.

2. 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.

3. Dieser Beschluß tritt am ersten Tag des auf seine Veröffentlichung im *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften* folgenden Monats in Kraft; jedoch können die Vordrucke, die dem in dem Beschluß Nr. 112 abgedruckten Muster entsprechen, verwendet werden, bis die Bestände aufgebraucht sind.

Der Vorsitzende der Verwaltungskommission

A. TRIER

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 Arbeitslosen, einen anspruchsberechtigten Angehörigen

E 101 — Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften

E 102 — Verlängerung der Entsendung/der selbständigen Tätigkeit

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 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

E 201 — Bescheinigung zur Zusammenrechnung der Versicherungs- oder Wohnzeiten

E 202 — Bearbeitung eines Antrags auf Altersrente

E 203 — Bearbeitung eines Antrags auf Hinterbliebenenrente

E 204 — Bearbeitung eines Antrags auf Invaliditätsrente

E 205 — Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Belgien
— Bescheinigung der Versicherungs- und Wohnzeiten in Dänemark
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Deutschland
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufs in Griechenland
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Frankreich
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Irland
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Italien
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in Luxemburg
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes in den Niederlanden
— Bescheinigung des Versicherungsverlaufes im Vereinigten Königreich

E 206 — Bescheinigung über Beschäftigungen in Bergwerken und gleichgestellten Betrieben

E 207 — Angaben über den Beschäftigungsverlauf des Versicherten

E 208 — Bestimmung der Ansprüche auf Altersrente, BU-/EU-Rente, Hinterbliebenenrente.

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

E 210 — Mitteilung über Rentenbewilligung/Rentenablehnung

E 211 — Zusammenfassung der Bescheide

E 212 — Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe

E 213 — Ausführlicher ärztlicher Bericht

E 214 — Ärztlicher Bericht über die Beurteilung der Funktionsmöglichkeiten und -beschränkungen

E 215 — Verwaltungsauskünfte über die Lage eines Rentners

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 408 — Auskunftersuchen

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

E 410 — Widerruf des Anspruchs auf Familienbeihilfen (Kindergeld)

E 411 — Anfrage betreffend den Anspruch auf Familienleistungen (Kindergeld) in dem Mitgliedstaat, in dem die Familienangehörigen wohnen

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 4 beachten

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 Arbeitslosen**
☐ **einen anspruchsberechtigten Angehörigen**

VO 1408/71: Art. 84

Der absendende Träger füllt Teil A dieses Vordrucks in zweifacher Ausfertigung aus und übersendet ihn dem Empfängerträger, 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.

Teil A

1 Empfängerträger

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

2 Angaben über den Versicherten (3)

2.1 Familienname (4): .....
2.2 Geburtsname (4): .....
2.3 Vornamen (5): .....
2.4 Frühere Namen (6): .....
2.5 Geschlecht (7): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (8): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (8): .....

3 Staatsangehörigkeit (9): .....

4 Geburt

4.1 Tag (10): .....
4.2 Ort (11): .....
4.3 Provinz oder Departement (12): .....
4.4 Land (13): .....

5 Versicherungsnummer

5.1 beim Absenderträger: .....
5.2 beim Empfängerträger: .....

6 Anschrift (2): .....
.....

7 Angaben zum Vorgang

7.1 Leistungsart:
.....
7.2 Az. beim Absenderträger:
.....
7.3 Az. beim Empfängerträger:
.....

8 Anspruchsberechtigter Angehöriger (14)

8.1 Familienname ..... Vornamen ..... Name bei der Geburt .....

8.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

8.3 Anschrift (2): .....

.....

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

Es wird gebeten, für die im 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 Anschrift (2): .....

.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

(2)

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 Angaben .....

.....

14

Aufgrund Ihres Ersuchens vom .....

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

14.1 ☐ den/die Vordruck(e) .....

14.2 ☐ das/die Dokument(e) .....

14.3 ☐ die erbetenen Angaben.

14.4 ☐ Gründe: .....

.....

.....

15 Verschiedenes

.....

.....

.....

.....

.....

16

☐ Im Anschluß an Ihre Sendung vom .....

bestätigen wir den Empfang der im Feld 10 gegebenen Auskünfte.

17 Träger, der Teil B ausfüllt

17.1 Bezeichnung: .....

17.2 Anschrift (2): .....

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift unter ausschließlicher Benutzung der punktierten Linien auszufüllen. Er besteht aus 4 Seiten; keine Seite darf weggelassen werden, auch wenn sie keine Angaben enthält.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Die Nummern 2.1 bis 2.7 zur Person des Versicherten sind soweit erforderlich auszufüllen.

(4) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(6) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(7) M = männlich; F = weiblich.

(8) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(9) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

(10) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(12) Bei französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdépartement: NORD zusammen mit der Départementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(13) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(14) Gegebenenfalls auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 101 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ANZUWENDENDEN RECHTSVORSCHRIFTEN

VO 1408/71: Art. 14.1.a; 14.2.b; 14a.1.a; 14a.2; 14a.4; 14b.1; 14b.2; 14b.4; 14c.1.a; 17
VO 574/72: Art. 11.1; 11a.1; 12a.2.a; 12a.5.c. 12a.7.a

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger

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

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

1.3 Ständige Anschrift (2): .....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 ☐ Arbeitgeber ☐ selbständige Tätigkeit

2.1 Name oder Firma: .....

2.2 Anschrift (2): .....

.....

3 Der obengenannte Arbeitnehmer

3.1 ☐ wird voraussichtlich für die Zeit
vom ..... bis ..... entsandt eine selbständige Tätigkeit ausüben

3.2 ☐ ist beschäftigt ab dem .....
☐ übt eine selbständige Tätigkeit aus ab dem .....

3.3 ☐ zu/bei dem nachgenannten Unternehmen: ☐ auf das/dem nachgenannte/Schiff:

3.4 Name oder Firma: .....

3.5 Anschrift (2): .....

.....

4 Der Arbeitnehmer unterliegt weiterhin den Rechtsvorschriften ☐ (1) gemäß Artikel

4.1 ☐ 14.1.a ☐ 14.2.b ☐ 14a. 1.a ☐ 14a. 2 ☐ 14a. 4
☐ 14b. 1 ☐ 14b. 2 ☐ 14b. 4 ☐ 14c. 1.a ☐ 17 der VO 1408/71

4.2 ☐ für die Zeit vom ..... bis zum .....

4.3 ☐ für die Dauer der Beschäftigung

(Vergl. Schreiben der zuständigen Behörde des Mitgliedstaats oder der von dieser Behörde bezeichneten Stelle, deren Rechtsvorschriften gelten,
vom ....., Aktenzeichen .....)

5 Bezeichneter Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften der Arbeitnehmer unterliegt

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen; es sind nur die punktierten Linien zu benutzen.

Der bezeichnete Träger des Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften der Arbeitnehmer unterliegt, stellt die Bescheinigung auf Antrag des Arbeitnehmers oder seines Arbeitgebers aus und händigt sie dem Antragsteller aus. Er sendet eine Ausfertigung der Bescheinigung an die Staatliche Sozialversicherungsanstalt (Office national de sécurité sociale) in Brüssel, wenn der Arbeitnehmer nach Belgien entsandt wird.

Hinweise für den Versicherten

Bevor Sie sich zur Arbeit in einen anderen Mitgliedstaat als den, in dem Sie versichert sind, begeben, lassen Sie sich von dem Träger der Kranken-Mutterschaftsversicherung je nach Fall eine Bescheinigung E 111 oder E 106 ausstellen. Bei Aufenthalt im Vereinigten Königreich ist der Vordruck E 111 nicht erforderlich.

Benötigen Sie oder benötigt ein Familienangehöriger Sachleistungen (z. B. ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung) in dem Land, in dem Sie arbeiten, müssen Sie dem Träger der Kranken-Mutterschaftsversicherung Ihres Beschäftigungsortes die Bescheinigung E 111 oder E 106 vorlegen. Sind Sie nicht im Besitz dieser Bescheinigung, muß der Träger der Kranken-Mutterschaftsversicherung Ihres Beschäftigungsortes diese bei dem Träger, bei dem Sie versichert sind, anfordern. In diesem Fall besteht die Gefahr, daß Sie die Krankenkosten selbst zahlen oder höhere Honorare entrichten müssen und die Erstattung erst viel später erhalten.

Hinweise für den Träger des Aufenthaltsortes

Ist der Versicherte im Besitz der Bescheinigung E 111 oder E 106, gewährt der Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorläufig auch die Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit. Benötigt der genannte Träger in diesem Fall die Bescheinigung E 123, wendet er sich möglichst bald

in **Belgien:** *bei Berufskrankheit an die Kasse für Berufskrankheiten (Fonds des maladies professionnelles) in Brüssel: Bei Arbeitsunfall an den zuständigen Versicherer, den der Arbeitgeber angeben muß: im Falle eines Selbständigen an die Landesanstalt für die Sozialversicherung des Selbständigen (Institut national d'assurance sociale pour travailleurs indépendants — INASTI) in Brüssel;*

in **Dänemark:** *an sikringsstyrelsen (Landesversicherungsamt) in Kopenhagen:*

in **Italien:** *im allgemeinen an die zuständige Provinzgeschäftsstelle der Staatlichen Unfallversicherungsanstalt (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL); im Falle der Seeleute an die Seekasse (Cassa marittima).*

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

in **allen übrigen Mitgliedstaaten:** *an den zuständigen Krankenversicherungsträger.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dessen Rechtsvorschriften der Arbeitnehmer unterliegt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 102 ☐ (1)

VERLÄNGERUNG DER ENTSENDUNG/DER SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT

VO 1408/71: Art. 14.1.b; 14a.1.b; 14b.1; 14b 2
VO 574/72: Art. 11.2; 11a. 2

A. Vom Arbeitgeber / von dem Selbständigen auszufüllen

1 An den Träger (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname .....
2.2 Geburtsdatum: ..... Staatsangehörigkeit: .....
2.3 Ständige Anschrift (3): .....
.....
2.4 Versicherungsnummer: .....

3. Der Obengenannte ist / übt ☐ ☐
entsprechend folgendem Artikel VO 1408/71:
3.1 ☐ 14.1.a ☐ 14a.1.a. ☐ 14.b.1 ☐ 14.b.2
3.2 für die Zeit vom ..... bis ..... entsandt/
eine selbständige Tätigkeit aus.
3.3 ☐ zu dem nachgenannten Unternehmen: ☐ auf das nachgenannte Schiff:

3.4 Name oder Firma: .....
3.5 Anschrift (3): .....
.....

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

4.1 ausgestellt von dem nachgenannten Träger (Bezeichnung und Anschrift) (3):
.....
.....

4.2 am ....., und gültig bis .....

5. Wir beantragen, für den Genannten die Rechtsvorschriften
des Landes ☐ (1) weiterhin gelten zu lassen, und zwar
5.1 für die Zeit vom ..... bis ..... (4)

6 ☐ Arbeitgeber ☐ Selbständiger

6.1 Bezeichnung: .....
6.2 Anschrift (3): .....
.....
6.3 Stempel

6.4 Datum: .....
6.5 Unterschrift
.....

(1)

B. Von der zuständigen Behörde oder dem bezeichneten Träger des Beschäftigungslandes auszufüllen (5)

7 Wir sind

7.1 damit ☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden,
daß für den in Feld 2 Genannten weiterhin die Rechtsvorschriften

des Landes ☐ (1)

7.2 für die Zeit vom ..... bis ..... gelten.

8 Zuständige Behörde oder bezeichneter Träger des Beschäftigungslandes

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (3): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweis für den Arbeitgeber / den Selbständigen

a) *Teil A des Vordrucks ist von Ihnen in vierfacher Ausfertigung auszufüllen und an die zuständige Behörde oder den bezeichneten Träger des Landes zu senden, in das Sie den Arbeitnehmer entsenden oder in dem Sie eine selbständige Tätigkeit ausüben, und zwar:*

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

in **Dänemark,** *an das „sikringsstyrelsen" (Versicherungsamt) in Kopenhagen;*

in **Deutschland,** *an die deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland, Bundesverband der Ortskrankenkassen in Bonn;*

in **Griechenland,** *in der Regel an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die „Rentenkasse der Seeleute" (NAT);*

in **Frankreich,** *an die „Direction régionale des affaires sanitaires et sociales" (Regionalverwaltung für Gesundheits- und Sozialfragen); für die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer an die „Direction régionale du travail et de la protection sociale agricole (Regionalverwaltung für Arbeit und Sozialschutz in der Landwirtschaft);*

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

in **Italien,** *an das „Ministero del lavoro e della Previdenza Sociale" (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung), Rom;*

in **Luxemburg,** *an die „Inspection générale de la sécurité sociale (Generalinspektion für soziale Sicherheit) in Luxemburg;*

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

im **Vereinigten Königreich,** *an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. an das „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.*

b) *Zwei Ausfertigungen des Vordrucks mit ausgefülltem Teil B sind dem Arbeitgeber bzw. dem Selbständigen zu übersenden. Der Arbeitgeber händigt eine Ausfertigung dem Arbeitnehmer aus.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem das entsendende Unternehmen seinen Sitz hat: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Dieser Zeitraum darf, vom Tag des Beginns der Entsendung in das unter 5 genannte Land bzw. der dort ausgeübten selbständigen Tätigkeit an gerechnet, 24 Monate nicht überschreiten.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 103 ☐ (1)

AUSÜBUNG DES WAHLRECHTS

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

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

A. Wahl

1 Ich

1.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchennamen .....

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

1.3 Anschrift (2): .....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 bin seit dem .....

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

2.2 (3) ☐ als (4) ..... bei nachgenanntem Arbeitgeber (5), ... der der diplomatischen Vertretung / konsularischen Dienststelle ..... angehört,

2.3 (3) ☐ als Hilfskraft bei den Europäischen Gemeinschaften

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

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

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

(6) ☐ belgischen ☐ dänischen ☐ deutschen ☐ griechischen ☐ französischen

(6) ☐ irischen ☐ italienischen ☐ luxemburgischen ☐ niederländischen ☐ des Vereinigten Königreichs

4 Ort und Datum: .....

5 Unterschrift des Arbeitnehmers

.....

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

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B. Bescheinigung

7 Für den in Feld 1 genannten Arbeitnehmer gelten die Rechtsvorschriften

(6) ☐ Belgiens ☐ Dänemarks ☐ Deutschlands ☐ Griechenlands ☐ Frankreichs
(6) ☐ Irlands ☐ Italiens ☐ Luxemburgs ☐ der Niederlande ☐ des Vereinigten Königreichs

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 Anschrift (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

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 Mitgliedstaats, dessen Rechtsvorschriften Sie gewählt haben, bezeichneten Träger senden, und zwar:*

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

in **Dänemark,** *an das „sikringsstyrelsen" (Versicherungsamt) in Kopenhagen;*

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

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

in **Frankreich,** *an die „Caisse primaire centrale d'assurance-maladie de la région parisienne" (Zentralkasse der Krankenversicherung für den Raum Paris);*

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

in **Italien,** *an die zuständige Provinzialverwaltungsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS — Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge);*

in **Luxemburg,** *an die „Inspection Générale de la Sécurité Sociale" (Generalinspektion für soziale Sicherheit) in Luxemburg;*

in **den Niederlanden,** *an den „Sociale Verzekeringsraad" (Sozialversicherungsrat) in Den Haag,*

im **Vereinigten Königreich,** *an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. an das „Ministry of health and social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.*

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) Kennbuchstabe des Beschäftigungslandes des Wahlberechtigten: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

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

(5) Name und Vornamen des Arbeitgebers.

(6) Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen. Zu beachten ist, daß Arbeitnehmer bei diplomatischen Vertretungen oder konsularischen Dienststellen sowie im persönlichen Dienst von Angehörigen dieser Vertretungen oder Dienststellen sich nur für die Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit des Mitgliedstaats entscheiden können, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 104 ☐ (1)

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

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Tuberkulose

VO 1408/71: Art. 9.2; Art. 18.1; Art. 64
VO 574/72: Art. 6.2; Art. 16; Art. 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.

Teil A

1 An den Träger

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

2 Versicherter

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

2.2 Versicherungsnummer: .....

2.3 Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine ☐ abhängige Beschäftigung
☐ selbständige Tätigkeit ausgeübt in (3) .....

2.4 ☐ letzter Arbeitgeber ☐ letzte selbständige Tätigkeit (Name oder Firma): .....
.....
Anschrift (2): .....
.....

2.5 ☐ Frühere Arbeitgeber (4) ☐ frühere selbständige Tätigkeiten
(Name oder Firma und Anschrift (2)): .....
.....

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 (6) ☐ Todes (Sterbegeld) ☐ Tuberkulose
zurückgelegt hat.

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Anschrift (2): .....
.....
4.3 Stempel

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

E 104

Teil B

5 Versicherter (6)

5.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....

5.2 Versicherungsnummer: .....

6 Der ☐ in Feld 2 ☐ in Feld 5 Genannte

hat ☐ in den letzten drei Jahren (8)

☐ seit dem .....

7 Versicherungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt: ☐ (5) (7)

7.1	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.2	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.3	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.4	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.5	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.6	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.7	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.8	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.9	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
7.10	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)

8 folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

8.1	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.2	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.3	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.4	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.5	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.6	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.7	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.8	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.9	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)
8.10	vom	bis	(9)	für den (10) Versicherungsfall	.....	☐	(11)

9 Träger, der Teil B auszufüllen hat

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift (2): .....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der den Vordruck zuerst ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Der Mitgliedstaat ist anzugeben.

(4) Nach Möglichkeit auszufüllen.

(5) Wenn die Bescheinigung für einen belgischen, griechischen oder französischen Träger bestimmt ist, die Leistungsart wie folgt kennzeichnen: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.

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

(7) Ist die Bescheinigung für einen italienischen Träger bestimmt, um Geldleistungen bei Tuberkolose zu erhalten, genügt es, daß der Betreffende ein Beitragsjahr nachweist.

(8) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein irischer oder ein Träger des Vereinigten Königreichs ist.

(9) Ist die Bescheinigung für einen irischen Träger bestimmt, die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgendem Schlüssel angeben: D = abhängiger Beschäftigung; I = selbständiger Tätigkeit.

(10) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen: A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; C = Tuberkolose.

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

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 105 ☐ (1)

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

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

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

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger

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

1.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

1.3 Versicherungsnummer: .....

2 Familienangehörige des obigen Versicherten

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-verhältnis
2.1					
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
2.9	.....	.....	.....	.....	.....

3 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Versicherten

a) *Falls Sie Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit in Belgien, Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland oder im Vereinigten Königreich beanspruchen können, nach deren Rechtsvorschriften sich der Betrag dieser Leistungen nach der Zahl der Familienangehörigen richtet, müssen Sie diese Bescheinigung dem Träger vorlegen, bei dem Sie versichert sind.*

b) *Die Bescheinigung ist 12 Monate vom Ausstellungstag an gültig (siehe Punkt 3.4 des Vordrucks); bei Erlöschen der Gültigkeit können Sie bei dem Träger des Wohnortes Ihrer Familienangehörigen die Erneuerung beantragen (siehe Punkte 3.1 und 3.2 des Vordrucks).*

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 106 ☐ (1)

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

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

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

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

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

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

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Grenzgänger ☐ Arbeitsloser

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

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

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

2.4 Der Betreffende ☐ ist ☐ ist nicht im Bergbau oder in einem gleichgestellten Unternehmen beschäftigt

2.5 ☐ Der Betreffende unterliegt einem in Anhang 11 zur Verordnung 574/72 genannten System für Selbständige

3 Familienangehöriger (4)

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

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

.....

4 ☐ Der obengenannte und die bei ihm wohnenden Familienangehörigen (5)

4.1 ☐ Die Familienangehörigen (5) des Arbeitslosen

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

6 Anspruchsdauer

6.1 ☐ bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.2 ☐ ein Jahr vom Tage der Ausstellung dieser Bescheinigung (6) an

6.3 ☐ bis zum ..... (7)

7 Für Krankheit/Mutterschaft zuständiger Träger:

7.1 Name: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

8 Für außerberufliche Unfälle zuständiger Träger: (8)

8.1 Name: .....

8.2 Anschrift (3): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungsmitteilung (9)

9

9.1 ☐ Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen

9.2 ☐ Die Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Arbeitslosen

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

9.4 ☐ wurden aus folgendem Grund bei uns nicht eingetragen:

.....

10 Eingetragene Familienangehörige

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
10.1				
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

11 Träger des Wohnlandes

11.1 Bezeichnung: .....

11.2 Anschrift (3): .....

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweise für den 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 **Begien,** *die „Mutualité" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*

in **Dänemark,** *(die zuständige „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen, der „magistrat" (Stadtverwaltung), in Frederiksberg, das „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung),*

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

in **Griechenland,** *in der Regel die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten das „Haus der Seeleute" (Oikos Nautou)*

in **Frankreich,** *die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.4 können Sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) wenden, bei Bejahung von 2.5 müssen Sie sich an die Vertragskasse wenden.*

in **Irland,** *der „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistung benötigt wird;*

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

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

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

im **Vereinigten Königreich,** *das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. das „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheits- und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.*

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

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers der Teil A des Vordruckes ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Nur ausfüllen wenn sich der Vordruck auf die Familienangehörigen eines Arbeitslosen bezieht. Angaben nur über einen der Familienangehörigen.

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

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

(7) Wenn der Vordruck von einem für die Selbständigen zuständigen französischen Träger ausgestellt wurde.

(8) Nur von den französischen Trägern auszufüllen, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 107 ☐ (1)

ANTRAG AUF BESCHEINIGUNG DES ANSPRUCHS AUF SACHLEISTUNGEN

VO 1408/71: Art. 19.1.a und 2; Art. 22.1.a.i; b.i; c.i; Art. 22.3; Art. 25.1.a und 3.i; Art. 26.1; Art. 28.1.a; Art. 29.1.a; Art. 31.a; Art. 52.a, Art. 55.1.a.i, b.i und c.i
VO 574/72: Art. 17.1; Art. 20.3 und 4; Art. 21.1; Art. 22.1 und 3; Art. 23; Art. 27 erster Satz; Art. 28; Art. 29.2; Art. 30.1; Art. 31.1 und 3; Art. 60.1; Art. 62.3, 4 und 7; Art. 63.1 und 3

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

A. Vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes auszufüllen

1 An den zuständigen Träger

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

2

☐ Arbeitnehmer
☐ Selbständiger
☐ Arbeitsloser
☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer)
☐ Rentenberechtigter (System Selbständige)
☐ Rentenantragsteller

2.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....
2.2 Ständige Anschrift (2): .....
.....
2.3 Versicherungsnummer: .....
2.4 ☐ Empfänger ☐ Antragsteller
folgender Rente
☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit
Nr. ..... (3) Leistungsgruppe: ..... (3)
2.5 Rentenpflichtiger Träger:
.....

3 ☐ Letzter Arbeitgeber (4) ☐ letzte selbständige Tätigkeit (4)

3.1 Name oder Firma: .....
3.2 Anschrift (2): .....
.....
3.3 Art des Unternehmens (5): .....
3.4 Träger der Unfallversicherung, bei dem er versichert ist:
.....

4 Familienangehörige (6)

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

4.2 Anschrift im Wohnland (2) (7): .....
.....

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 entsprechend Art. ☐ 20.3 ☐ 29.2 ☐ 60.1 ☐ 62.3 VO 574/72.
6.2 Der Antragsteller ☐ hat seither keine Beschäftigung mehr ausgeübt,
☐ hat folgende Beschäftigung ausgeübt: .....

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

8 ☐ Der ärztliche Bericht ist beigefügt (8).

9 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

9.1 Bezeichnung: .....
9.2 Anschrift (2): .....
.....
9.3 Stempel

9.4 Datum: .....
9.5 Unterschrift
.....

B. Vom zuständigen Träger auszufüllen

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

11 Zuständiger Träger

11.1 Bezeichnung: .....
11.2 Anschrift (2): .....
.....
11.3 Stempel

11.4 Datum: .....
11.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

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

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

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

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

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 108 ☐ (1)

MITTEILUNG ÜBER RUHEN ODER WEGFALL DES SACHLEISTUNGSANSPRUCHS BEI KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT

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

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

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

A. Mitteilung

1 An den Träger des Wohnorts

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2

☐ Arbeitnehmer
☐ Selbständiger
☐ Grenzgänger
☐ Arbeitsloser
☐ Rentenantragsteller
☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer)
☐ Rentenberechtigter (System Selbständiger)

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

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

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehöriger (3)

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

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

.....

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

4.1 ☐ Der Genannte ist nicht mehr bei uns versichert seit .....

4.2 ☐ Die Rente des Genannten ruht / fällt weg ab
.....

4.3 ☐ Sämtliche bei Ihnen eingetragenen Personen wohnen seit
..... nicht mehr im dortigen Staat.

4.4 ☐ Der Anspruchsberechtigte ist am ..... verstorben.

4.5 ☐ (4) .....

5 Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift
.....

B. Empfangsbestätigung

6 Die Mitteilung gem. Teil A ist am

..... bei uns eingegangen

7 ☐ Der in Teil A Genannte ☐ Die in Teil A Genannten

☐ hat ☐ haben

☐ wird ☐ werden

vom

..... an keine Leistungen mehr erhalten.

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

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil A des Vordruckes ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

([3]) Auszufüllen, wenn das Ruhen/der Wegfall des Anspruchs nur den Familienangehörigen auf Sachleistungen mitgeteilt wird; in diesem Falle nur einen der Familienangehörigen angeben.

([4]) Etwaige sonstige Begründung (z. B. Nichtzahlung der Beiträge bei Selbständigen).

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 109 ☐ (1)

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

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

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Arbeitnehmer oder Selbständigen 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 of Health and Social Security — Overseas Branch" in 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.

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

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

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Saisonarbeiter

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

2.2 Anschrift (3): .....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

2.4 Der Betreffende ☐ ist ☐ ist nicht im Bergbau oder in einem gleichgestellten Unternehmen beschäftigt

2.5 ☐ Der Betreffende unterliegt einem in Anhang 11 zur VO 574/72 genannten System für Selbständige

3 Familienangehöriger (4)

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

3.2 Anschrift (3): .....

.....

4 Die Familienangehörigen des vorgenannten Versicherten haben auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung nur Anspruch, wenn sie

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

☐ nicht berufstätig sind (5)

5 Der Anspruch beginnt am .....

6 und besteht

6.1 ☐ bis zum Widerruf dieser Bescheinigung

6.2 ☐ für ein Jahr vom Tage der Ausstellung dieser Bescheinigung (6) an

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

6.4 ☐ bis zum (7) .....,

7 Zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (3): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungsmitteilung ([8])

8 ☐ ([9])

8.1 Die Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Arbeitnehmers wurden nicht eingetragen, weil
8.2 ☐ keiner der Familienangehörigen anspruchsberechtigt ist.
8.3 ☐ alle Familienangehörigen nach unseren Rechtsvorschriften selbst sachleistungsberechtigt sind.
8.4 ☐ der Ehegatte oder die für die Kinder sorgende Person hier berufstätig ist ([10])
8.5 ☐ die erforderliche Familienstandsbescheinigung nicht vorgelegt wurde.
8.6 ☐ ([11]) .....

9 ☐ ([9])

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

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

9.10 Die Aufwendungen für diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten.
Die Berechnung der Pauschbeträge nach Art. 94 VO 574/72 beginnt mit dem
.....

10 Träger des Wohnorts

10.1 Bezeichnung: .....
10.2 Anschrift ([3]): .....
.....
10.3 Stempel

10.4 Datum: .....
10.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Arbeitnehmer/Selbständigen

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" (Krankenkasse) ihrer Wahl;*

in **Dänemark,** *bei der zuständigen „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „magistrat" (Stadtverwaltung) und*

in Frederiksberg bei der „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung);

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

in **Griechenland,** *in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

in **Frankreich,** *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.4 können Sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) wenden, bei Bejahung von 2.5 müssen Sie sich an die Vertragskasse wenden.*

in **Irland,** *bei dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich sie die Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *bei der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

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

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

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

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes des Trägers der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.
([2]) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.
([3]) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
([4]) Nur ein Familienmitglied eintragen.
([5]) Anzukreuzen, wenn Teil B für einen dänischen, irischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
([6]) Wenn die Bescheinigung von einem französischen Träger ausgestellt wurde.
([7]) Wenn die Bescheinigung von einem für die Selbständigen zuständigen französischen Träger ausgestellt wurde.
([8]) Wird mit dieser Bescheinigung eine frühere Bescheinigung verlängert, braucht der Träger des Wohnorts Teil B nicht auszufüllen.
([9]) Entweder Feld 8 oder Feld 9 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
([10]) Ggfs. anzukreuzen, wenn Teil B von einem dänischen, einem irischen Träger oder einem Träger des Vereinigten Königreichs ausgefüllt wird.
([11]) Sonstige Gründe.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 110 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG FÜR ARBEITNEHMER IM INTERNATIONALEN VERKEHRSWESEN

VO 1408/71: Art. 14.2.a; Art. 22.1.a.i und 3; Art. 55.1.a.i
VO 574/72: Art. 20.1; Art. 62.1

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

A. Erstbescheinigung

1 Arbeitnehmer

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

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

1.3 Ständige Anschrift (2): .....

.....

2 Begleitende Familienangehörige

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
2.1	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....
2.8	.....	.....	.....	.....

3 Zuständiger Träger

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

.....

.....

3.2 bei Berufskrankheiten (Bezeichnung, Anschrift) (2) (3):

.....

.....

4 Der obengenannte Arbeitnehmer ist seit dem

..... bei mir / uns beschäftigt.

5 Arbeitgeber

5.1 Name oder Firma: .....

5.2 Tätigkeit des Unternehmens: .....

5.3 Anschrift (2): .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten

.....

6 Zuständiger Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung (4) (5)

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Versicherungsnummer des Arbeitnehmers: .....

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift des Arbeitnehmers

.....

6.6 Unterschrift des Arbeitsgebers oder seines Bevollmächtigten

.....

B. Verlängerungen (6)

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

8 Datum	8.1 Unterschrift des Arbeitsgebers oder seines Bevollmächtigten
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Arbeitnehmer

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

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

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

— **bei Krankheit/Mutterschaft:**

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

in **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 bei der„social- og sundhedsvorvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

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

in **Griechenland,** *in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland;** *bei dem „Health Board (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *bei der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliches Gesundheitsamt);*

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

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

in **Vereinigten Königreich,** *bei dem „Medical Service" (Ärztlicher Dienst, Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), bei dem Sie sich behandeln lassen.*

— **bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit:**

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

in **Dänemark,** *Siehe Abschnitt „bei Krankheit/Mutterschaft";*

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

in **Griechenland,** *in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland,** *bei dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie Leistungen benötigen;*

in **Italien,**
a) für Sachleistungen bei der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);

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

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

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

im **Vereinigten Königreich,** bei dem „Medical Service" (Ärztlicher Dienst: Arzt, Zahnarzt, Krankenkassen usw.), bei dem Sie sich behandeln lassen.

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

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem das Unternehmen seinen Wohnsitz hat: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

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

(5) Für die Niederlande ist der „ziekenfonds" (Krankenkasse) anzugeben.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 111 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT

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

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (Arbeitnehmersystem) ☐ Rentenberechtigter (Selbständigensystem)

Name, Vorname, Anschrift (2)

1.1 Versicherungsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

1.2 ☐ Diese Person gehört einem in Anhang 11 VO 574/72 erfaßten Selbständigensystem an.

2 Familienangehörige (3)

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

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 .....

3.2 (5) ☐ für die Krankheitsfälle,
die bis zum ..... einschließlich aufgetreten sind
für ..... Tage ..... Wochen

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....
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: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

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

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

von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie als vorläufige Leistungen Leistungen bei Arbeitsunfall und 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** *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 für Ihren Aufenthaltsort zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse" (AOK);*

in **Griechenland** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt,* **ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;** *bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (Oikos Nautou);*

in **Frankreich,** *der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); ist 1.2 angekreuzt, der „Caisse mutuelle régionale (Gegenseitigkeitskasse);*

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 dem Ministerio della sanità", Ufficio di sanità marittima o aerea (Gesundheitsministerium, gebietsmäßig zuständiges Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

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

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Nur die Familienangehörigen aufführen, 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 stellen eine Alternative dar; es ist nur die zutreffende Zeile auszufüllen und das Kästchen davor anzukreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

SELBSTÄNDIGENSYSTEM

E 111 **B** (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH 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

1 ☐ Erwerbstätiger ☐ Rentenberechtigter (Name, Vornamen, Anschrift (2))

1.1 Versicherungsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

2 Familienangehörige (3)

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

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

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

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Anschrift (2): .....
.....
4.3 Stempel

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

GILT NUR FÜR KRANKENHAUSPFLEGE

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

SELBSTÄNDIGENSYSTEM

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 Selbständigensystems und Ihre in Feld 2 aufgeführten Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen als Ihrem ständigen Wohnland,*

   von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes bei Krankenhausaufenthalt Sachleistungen erhalten.

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 sundhedsvorvaltning" (Sozial- und Gesundhedsverwaltung);*

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

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

   in **Frankreich,** *der „Caisse conventionnée" (Vertragskasse);*

   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 nationale d'assurance-maladie des ouvriers" (Staatliche Arbeiterkrankenkasse);*

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

Hinweise für den Versicherten

Falls Sie während des in dieser Bescheinigung aufgeführten Zeitraums arbeitsunfähig werden, ist es an Ihnen, den Versicherungsträger Ihres Aufenthaltorts hiervon innerhalb von 3 Tagen unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu unterrichten. Stellt der betreffende Arzt keine Bescheinigung aus, wenden Sie sich unmittelbar an den genannten Versicherungsträger. Dessen Arzt wird Sie einer ärztlichen Untersuchung unterziehen und dem Vertrauensarzt des Versicherungsträgers, bei dem Sie in Belgien versichert sind, einen ärztlichen Bericht zuleiten.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien.
(2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
(3) Nur die Familienangehörigen aufführen, 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.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 112 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN-/MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

VO 1408/71: Art. 22.1.b.i; Art. 22.1.c.i; Art. 22.3; Art. 31;
VO 574/72: Art. 22.1 und 3; Art. 23

Der zuständige Träger händigt den Vordruck dem Versicherten aus. Begibt dieser sich in das Vereinigte Königreich, so ist eine Ausfertigung auch an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne zu richten.

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Rentner (Arbeitnehmersystem) ☐ Rentner (Selbständigensystem)

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

1.2 Anschrift (2) im zuständigen Staat:
.....
.....

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

1.4 Versicherungsnummer: .....

1.5 ☐ Der Arbeitnehmer, Selbständige bzw. Rentner untersteht einem in Anhang 11 zur VO 574/72 erfaßten System für Selbständige

2 Familienangehöriger, der sich in einen anderen Mitgliedstaat begibt

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

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

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

3 Der in ☐ Feld 1 ☐ Feld 2 Genannte kann Sachleistungen

☐ bei Krankheit / Mutterschaft ☐ bei außerberuflichem Unfall (5)

in ..... (Staat) weiterbeziehen,

3.1 ☐ wohin er umzieht

3.2 ☐ wohin er sich zur Behandlung bei .....
..... begibt (6).

4 Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen

4.1 bis zum ..... gewährt werden.

4.2 vom ..... bis ..... **ausschließlich** bei Krankenhausaufenthalt gewährt werden (7).

5 Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

5.1 ☐ ist in verschlossenem Umschlag beigefügt.

5.2 ☐ wurde am ..... an (8) .....
..... gesandt.

5.3 ☐ kann bei uns angefordert werden.

5.4 ☐ wurde nicht abgegeben.

6	Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Versicherten

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

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

in **Dänemark,** *bei der zuständigen „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Bei Behandlung in Dänemark ist der Vordruck der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt.*

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

in **Griechenland,** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das die Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland,** *bei dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

in **den Niederlanden,** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei der „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds" (ANOZ) in Utrecht;*

im **Vereinigten Königreich,** *bei dem „Medical Service" (Ärztlicher Dienst; Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), bei dem Sie sich behandeln lassen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Nur anzugeben, wenn die Bescheinigung für den Arbeinehmer, den Selbständigen oder den Rentner gilt.

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

(5) Von den französischen Trägern anzugeben, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.

(6) Nach Möglichkeit anzugeben.

(7) Von den belgischen Trägern anzugeben, die für die Selbständigen zuständig sind.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 113 ☐ (1)

KRANKENHAUSBEHANDLUNG — MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME/ENTLASSUNG

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art.17.6; Art. 20.6; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art.26.3;
Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.5; Art. 62.8; Art. 63.2

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

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

2.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehöriger in stationärer Behandlung

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

3.2 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (3):

.....

.....

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 ☐ Arbeitsunfalles (6)
☐ Berufskrankheit (7) ☐ außerberuflichen Unfalls (8)

5.4 Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum .....

5.5 ☐ (9) Unterlagen oder ärztlicher Bericht in der Anlage.

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

(1) Kennbuchstabe des Landes, im dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(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, für den der Vordruck ausgestellt wird.

(5) Bezeichnung des Krankenhauses.

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

Name oder Firma: .....

Anschrift (2): .....

(7) Nach Möglichkeit anzugeben.

(8) Für die französischen Träger anzugeben, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.

(9) Zutreffendenfalls ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 114 [ ] (1)

GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN GRÖSSEREN UMFANGS

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 24; Art. 25.1 und 3.i; Art. 26; Art. 31.a; Art. 52.a; Art. 55.1
VO 574/72: Art. 17.7; Art. 20.6; Art. 21.2.; Art. 22.2 und 3; Art. 23;
Art. 26.3; Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.6; Art. 62.8; Art. 63.2 und 3

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

A. Mitteilung

1 An den zuständigen Träger:

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

2

(3) [ ] Arbeitnehmer
(3) [ ] Selbständiger
[ ] Arbeitsloser
[ ] Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer)
[ ] Rentenberechtigter (System Selbständige)
[ ] Rentenantragsteller

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

2.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:
.....
.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehöriger

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

3.2 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (4):
.....
.....

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 [ ] voraussichtlichen [ ] 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 15 Tagen nach dem Absendetag dieser Mitteilung keine begründete Ablehnung zugeht.

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: .....

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

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Ist der Verletzte in Belgien versichert, sind auch Name und Anschrift des Arbeitgebers mit anzugeben:

Name oder Firma: .....

Anschrift (2): .....

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

(5) Kennziffer und Ausstelltag 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, das Kästchen davor ankreuzen.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 115 ☐ (1)

ANTRAG AUF GELDLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

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

Ist der Vordruck auf einen Erwerbstätigen ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszustellen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung zu senden. Ist er hingegen auf einen Arbeitslosen ausgestellt, sind weitere zwei Ausfertigungen erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält (siehe auch Anmerkungen 7 und 8)

1 An den zuständigen Träger

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

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

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

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

2.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:
.....
.....

2.4 Versicherungsnummer: .....

2.5 Inhaber der am ..... ausgestellten Besch. E 119 (3)
und der am ..... ausgestellten Besch. E 303 (3)

3 Arbeitgeber (4)

3.1 Name oder Firma: .....
3.2 Anschrift (2): .....
.....
3.3 Tätigkeit des Unternehmens: .....

A. ☐ **(5) Antrag auf Leistungen**

4 Der in Feld 2 Genannte hat am .....
Geldleistungen beantragt wegen Arbeitsunfähigkeit infolge

4.1 ☐ Krankheit (6) ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Niederkunft: .....)
☐ eines Arbeitsunfalles am .....
☐ Berufskrankheit

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

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

6.1 ☐ hat die Arbeitsunfähigkeit am ..... begonnen
und dauert voraussichtlich bis zum .....
6.2 ☐ liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor (7)

7 ☐ Der Genannte erfüllt nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften, und zwar:
.....
.....

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

8.1 ☐ Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist 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.*

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

B. ☐ (5) **Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit**

11 Unter Bezug auf:

11.1 ☐ unseren Vordruck E 115 vom .....

11.2 ☐ Ihren Vordruck E 117 vom .....

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

☐ dessen Bericht beigefügt wird,

☐ dessen Bericht schnellstens nachgereicht wird,

voraussichtlich noch bis

..... arbeitsunfähig ist.

12 Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Anschrift (2): .....

.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; I = Italien; IRL = Irland; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Bei einem Arbeitslosen den letzten Arbeitgeber eintragen.

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

(6) Oder wegen eines anderen als eines Arbeitsunfalls.

(7) Durchdruck des an den Versicherten zu richtenden Vordrucks E 118 beifügen.

(8) In Italien ist dieser Vordruck bei der zuständigen Provinzgeschäftsstelle des Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS- Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge) einzureichen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 116 ☐ (1)

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

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii; Art. 25.1.b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii; 1.b.ii; 1.c.ii
VO 574/72: Art. 18.2 und 3; Art. 24; Art. 26.5 und 7; Art. 61.2 und 3; Art. 64; Art. 65.2 und 4

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

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (2): .....
.....
1.3 Bezug: Unser Vordruck E 116 vom .....

2 Anlage zu Vordruck E 115 vom .....

3 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

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

3.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:
.....
.....
3.3 Versicherungsnummer: .....

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

am ..... untersucht
4.1 und bin der Auffassung, daß
☐ Krankheit (3) ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Niederkunft .....)
4.2 wahrscheinlich
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit
4.3 ☐ Rückfall oder Verschlimmerung vorliegt.

Teil A: Allgemeiner Bericht

5 In allen Fällen auszufüllen (insbesondere bei Arbeitsunfall)

5.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome:
.....
.....
5.2 Klinischer Befund
5.3 Allgemeinzustand ..... Gewicht ..... Größe ..... (4)
5.4 Sonstige Angaben .....
.....
.....
5.5 Besondere Untersuchungen (5) .....
.....
.....
5.6 Diagnose .....
5.7 Ergebnis:
5.8 ☐ Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.
5.9 ☐ Arbeitsunfähigkeit anerkannt.
vom ..... bis .....
5.10 ☐ Der Betreffende wird nachuntersucht .....
5.11 ☐ Der Betreffende ist arbeitsfähig ab .....

Teil 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 ☐ anderenorts

Anschrift ([2]) ([8]) .....

.....

7 Ärztlicher Abschlußbericht

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

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Bericht erstellt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

([3]) In allen Fällen, auch bei außerberuflichen Unfällen, auszufüllen.

([4]) Auszufüllen, wenn die Angaben für erforderlich gehalten werden.

([5]) Art und Datum angeben.

([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 angeben: z. B. Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit; vorübergehende Voll- und Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.

([8]) Bei stationärer Behandlung die Bezeichnung des Krankenhauses angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 117 [ ] (1)

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VO 1408/71: Art. 19.1.b; Art. 22.1.a.ii; Art. 25.1.b; Art. 52.b; Art. 55.1.a.ii
VO 574/72: Art. 18.6 und 8; Art. 24; Art. 26.7; Art. 61.6 und 8; Art. 64

Dieser Vordruck ist vom zuständigen Träger auszufüllen und dem Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes zu übersenden. Werden die Geldleistungen vom Träger des Wohnorts gezahlt, muß der zuständige Träger gemäß Art. 61.8 VO 574/72 auch den Arbeitnehmer davon unterrichten.

1 An den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

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

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

3 [ ] Der Arbeitnehmer [ ] Der Selbständige [ ] Der Arbeitslose

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

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

3.3 Versicherungsnummer: .....

4 [ ] hat vorläufig, vorbehaltlich etwaiger Verlängerung, Anspruch auf Geldleistungen vom ..... bis .....
4.1 [ ] hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118
4.2 [ ] hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab .....
Grund: s. beiliegenden Vordruck E 118

5 Diese Leistungen werden gezahlt (3)
5.1 [ ] von uns mittels internationaler Postanweisung an obige Anschrift (s. 3.2)
5.2 [ ] von uns bei Rückkehr des Genannten nach hier.
5.3 [ ] von Ihnen für unsere Rechnung.
5.4 [ ] vom Arbeitgeber an die Anschrift unter 3.2 (4)
5.5 [ ] vom Arbeitgeber, vom ..... bis ..... (5)

6 (3) (6)

6.1 Die Geldleistung ist zu zahlen:
6.2 Für alle Wochentage außer [ ] Montag [ ] Dienstag [ ] Mittwoch [ ] Donnerstag [ ] Freitag [ ] Samstag [ ] Sonntag
6.3 Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt:
..... netto (7) wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird, und:
..... netto (7) wenn er stationär behandelt wird.
6.4 [ ] (8) Werden die Geldleistungen für einen Monat geschuldet, so werden sie unabhängig davon, ob der Monat mehr oder weniger als 30 Tage hat, für 30 Tage gewährt.

7 Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses
7.1 [ ] einer ..... Untersuchung (9)
7.2 [ ] einer verwaltungsmäßigen Überprüfung
7.3 [ ] einer erneuten Nachuntersuchung um den .....

8 Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung: .....
8.2 Anschrift (2): .....
.....
8.3 Stempel
8.4 Datum: .....
8.5 Unterschrift
.....

(1)

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland: I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Ggf. von den dänischen Trägern auszufüllen.

(5) Von den deutschen Trägern auszufüllen.

(6) Nur in dem unter 5.3 genannten Fall auszufüllen.

(7) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

(8) Gegebenenfalls ankreuzen.

(9) Art der gewünschten ärztlichen Untersuchung angeben (Röntgenaufnahme, Analyse usw.)

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 118 ☐ (1)

MITTEILUNG ÜBER NICHTANERKENNUNG/BEENDIGUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

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

Für 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.

1 ☐ An den Arbeitnehmer ☐ An den Selbständigen ☐ An den Arbeitslosen

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

1.2 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland:

.....

.....

1.3 Versicherungsnummer .....

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

2.1 Bezeichnung: .....

2.2 Anschrift (2): .....

.....

3 ☐ Nach dem uns bekanntgewordenen Sachverhalt

☐ Nach der von unserem Arzt am ..... vorgenommenen Nachuntersuchung

3.1 ☐ sind Sie nur bedingt arbeitsunfähig.

3.2 ☐ haben Sie Anspruch auf eine Teilentschädigung in Höhe von .....
ab ..... (3)

3.3 ☐ sind Sie arbeitsfähig.

3.4 ☐ war Ihre Arbeitsunfähigkeit am ..... (4) beendet.

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.

4 ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes ☐ Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

(1)

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten einschl. Anlage, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

Hinweise für den Arbeitnehmer/Selbständigen/Arbeitslosen

Die Ihnen auf diesem Vordruck mitgeteilte Entscheidung können Sie bei der zuständigen Stelle des zuständigen Staates oder auch bei der zuständigen Stelle Ihres Wohn- oder Aufenthaltslandes anfechten.

Die Bezeichnungen dieser Stellen, die Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe sind in der Anlage angegeben.

Hinsichtlich der Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe müssen Sie sich an die für den jeweils zuständigen Staat angegebenen Weisungen halten. Für Ihren Fall gelten die unter Ziffer ... gegebenen Hinweise.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit eintragen.

E 118 Anlage

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

VO 574/72: Art. 18.4; Art. 61.4

1. **BELGIEN**

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

Zuständiges Arbeitsgericht ist,

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

2. **DÄNEMARK**

Wenn Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie

a) wegen des Tagegeldes während der fünfwöchigen Arbeitgeberperiode in den Fällen, in denen der Arbeitgeber zur Zahlung des Tagegeldes verpflichtet ist, vom ersten Tage der Abwesenheit an beim „Dagpengeudvalget" (Tagegeldausschuß), Anschrift:

.....,

Einspruch erheben.

b) wegen des Tagegeldes nach Ablauf der Arbeitgeberperiode oder in den Fällen, in denen eine solche nicht besteht, binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen „amtsankenaevn (Kreisbeschwerdeausschuß)" bzw. in den Gemeinden Kopenhagen und Frederiksberg bei dem „sociale ankestyrelse" (Sozialbeschwerdeamt), Anschrift:

.....,

Einspruch erheben.

3. **DEUTSCHLAND**

Gegen beiliegende Entscheidung können Sie binnen eines Monats vom Tage der Zustellung an bei dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 genannten zuständigen deutschen Träger oder bei dem in denselben Feldern genannten Träger Ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes Einspruch erheben.

4. **GRIECHENLAND**

Falls Sie mit der beiliegenden Mitteilung nicht einverstanden sind, können Sie binnen .. Tage nach Erhalt derselben Beschwerde erheben bei:

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

5. **FRANKREICH**

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

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

6. **IRLAND**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie beim „Department of Social Welfare" (Ministerium für Sozialordnung) in Dublin beantragen, daß Ihr Fall einer Einspruchsstelle (Appeals Officer) zugeleitet wird. Ein solcher Antrag ist binnen 21 Tagen nach Empfang dieses Bescheides einzureichen.

7. **ITALIEN**

Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

Gegen INAIL-Entscheide 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 Falle dauernder Arbeitsunfähigkeit die Entschädigungsmaßnahme näher angeben müssen, die Sie für richtig halten, und in jedem Falle ein ärztliches Zeugnis beifügen, aus dem die Ihre Forderung berechtigenden Gründe ersichtlich sind.

Erhalten Sie aufgrund Ihrer Beschwerde innerhalb von 60 Tagen nach deren Eingang keine Antwort oder ist die Antwort für Sie unbefriedigend, so können Sie vor dem ordentlichen Gericht gegen die INAIL Klage erheben.

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

8. **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.

Jeder Beschwerde ist ein ausführliches Protokoll der Inspection générale de la sécurité sociale (Generalinspektion für soziale Sicherheit) in Luxemburg beizufügen, in dem bescheinigt wird, daß diese Behörde bereits vorher mit der verwaltungsmäßigen Beilegung des Streitfalles befaßt wurde.

9. **NIEDERLANDE**

Falls Sie mit der beigefügten Mitteilung 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.

10. **VEREINIGTES KÖNIGREICH**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 28 Tage nach Zustellung des Bescheides beim „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. beim „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast Beschwerde erheben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 119 ☐ (1)

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

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

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

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

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

1.3 Bezug: Ihr Vordruck ☐ E 107 vom ..... ☐ E 115 vom .....

2 Arbeitsloser

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

2.2 Anschrift (3) in dem Land, in das er sich zur Arbeitssuche begeben hat:

.....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Gegebenenfalls letzter Arbeitgeber

3.1 Name oder Firma: .....

3.2 Anschrift (3): .....

.....

4 Der Obengenannte hat Anspruch auf Leistungen der Kranken- oder Mutterschaftsversicherung, und zwar auf

☐ Sachleistungen für sich
☐ Geldleistungen für sich
☐ Sachleistungen für seine Familienangehörigen

unter der Voraussetzung, daß der Arbeitslosenversicherungsträger des Landes, in das er sich zur Arbeitssuche begeben hat, dem Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung desselben Landes die Bescheinigung nach Artikel 26.2 Unterabsatz 1 der Verordnung 574/72 auf Vordruck E 303 übermittelt hat.

5 Sachleistungen können gewährt werden:

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

5.2 ☐ für die bis zum ..... einschließlich aufgetretenen Krankheitsfälle
für ..... Tage ..... Wochen,

6 Bei Arbeitsunfähigkeit können Geldleistungen gezahlt werden:

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

6.2 ☐ für die bis zum ..... einschließlich aufgetretenen Krankheitsfälle
für ..... Tage ..... Wochen.

7 Die genannten Geldleistungen werden gezahlt:

7.1 ☐ von uns an obige Anschrift mittels internationaler Postanweisung.

7.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung.

8

8.1 Die Geldleistung ist zu zahlen:

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

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

9	(4)

9.1 Der Netto-Tagessatz dieser Geldleistung ist gleich:

9.2 ☐ dem in der Arbeitslosenversicherung vorgesehenen Betrag.

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

und ..... (5), wenn er stationär behandelt wird.

10	Zuständiger Träger (6)

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

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.

Hinweise für den Arbeitslosen

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

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

in **Dänemark,** *an die zuständige „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch an den „magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg an die „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung); Ärzte, Zahnärzte und Apotheker können Sie in Anspruch nehmen, ohne sich vorher an die genannten Stellen zu wenden.*

Dieser Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, erhalten Sie bei der „social- og sundheitsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);

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

in **Griechenland,** *in der Regel an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten an das „Haus der Seeleute". (OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland,** *an den „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie die Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *an die gebietsmäßig zuständige Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

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

im **Vereinigten Königreich,** *an den „Medical Service" (Ärztlicher Dienst; Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), von dem Sie sich behandeln lassen wollen.*

Außer diesem Vordruck müssen Sie im Besitz der Drittschrift des vom Arbeitslosenversicherungsträger des Landes, in dem Sie Arbeit suchen, in Ziffer 7 ausgefüllten Vordrucks E 303/3 sein.

b) *Um bei Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausbehandlung Geldleistungen zu erhalten, müssen Sie (außer in den Niederlanden) die unter a) genannten Vordrucke sowie eine von Ihrem behandelnden Arzt auszustellende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlegen, und zwar.*

- *— in Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg: dem unter a) genannten Versicherungsträger;*
- *— in Dänemark: im allgemeinen dem Sozialausschuß der Gemeinde; in Kopenhagen, Odense, Ålborg und Århus jedoch dem „magistrat" (Stadtverwaltung);*
- *— in Irland: dem örtlichen Vertreter des „Department of Social Welfare" (Ministerium für Sozialordnung), an das Sie die Vordrucke auch direkt einreichen können;*
- *— im Vereinigten Königreich: an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. an das „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienst — Abt. Übersee) in Belfast.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

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

(5) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 120 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH DES RENTENANTRAGSTELLERS UND SEINER FAMILIENANGEHÖRIGEN AUF SACHLEISTUNGEN

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

Der zuständige Träger füllt Teil A des Vordrucks aus, der dem Antragsteller in zwei Ausfertigungen auszuhändigen ist, der sie dem Wohnortträger vorlegen muß. Wohnt der Antragsteller im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne unmittelbar zu senden. Nach Erhalt dieser Ausfertigungen füllt der Träger des Wohnorts Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den in Feld 6 genannten Träger. Beide Ausfertigungen sind ggf. zuerst dem Träger einzusenden, der Feld 5 und 6 auszufüllen hat.

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

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

2 Rentenantragsteller

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

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

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Vom Träger auszufüllen, bei dem der Rentenantrag gestellt wurde

3.1 Der Obengenannte hat am .....

Antrag auf folgende Rente gestellt:

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

3.2 (4) ☐ Die Prüfung dieses Antrags ergibt, daß der Genannte eine Rente zu unseren Lasten erhalten kann.

4 Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (3): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

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

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

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

6	Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung: .....

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

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7	([5]) ☐

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

.....

.....

8	([5]) ☐

8.1 Der in Feld 2 Genannte wurde zusammen mit folgenden Familienangehörigen am ..... eingetragen.

9	Eingetragene Familienangehörige

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

10	Träger des Wohnortes

10.1 Bezeichnung: .....

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

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

E 120

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.

Hinweise für den Versicherten

a) *Aufgrund dieser Bescheinigung haben Sie und Ihre Familienangehörigen in Ihrem/ihrem Wohnland Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft.*

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

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

in **Dänemark,** *der zuständigen „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch dem „magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg dem „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung);*

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

in **Griechenland,** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute"(OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland,** *dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie die Leistungen benötigen;*

in **Italien** *der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

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

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Zutreffendenfalls im Kästchen davor ankreuzen.

(5) Entweder Feld 7 oder Feld 8 ausfüllen und Kästchen ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 121 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

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

Der Träger, der nach Art. 29.2 VO 574/72 die Bescheinigung ausstellen muß, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Wohnt der Rentner im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne unmittelbar zu senden. Diese beiden Ausfertigungen sind ggf. zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 5 und Feld 6 ausfüllen muß. Nach Erhalt dieser beiden Ausfertigungen füllt der Träger des Wohnorts Teil B aus und reicht eine Ausfertigung dem in Feld 6 genannten Träger zurück.

A. Anspruchsbestätigung

1 An den Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....
1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2

☐ Rentenberechtigter (Arbeitnehmersystem)
☐ Rentenberechtigter (Selbständigensystem)

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

2.2 Anschrift im Wohnland (3): .....
.....
2.3 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....
2.4 Versicherungsnummer: .....
2.5 ☐ Der Rentenberechtigte untersteht einem der in Anhang 11 zur VO 574/72 erfaßten System für Selbständige

3 Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

3.1 Der Obengenannte bezieht eine Rente
☐ wegen Alters ☐ wegen Invalidität ☐ als Hinterbliebener
☐ wegen Arbeitsunfalls ☐ wegen Berufskrankheit
3.2 seit .....
3.3 Rentennummer: .....

4 Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Anschrift (3): .....
.....
4.3 Stempel

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

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

5.1 Der in Feld 2 Genannte und seine Familienangehörigen haben Anspruch auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung vom ..... an.
5.2 Die in dem Staat, in dem diese Personen wohnen, also in dem anderen als dem zuständigen Staat zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten
5.3 vom ..... an bis zum Widerruf dieser Bescheinigung.
5.4 ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E 120 vom ..... ungültig.

6 Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

7 (5) ☐

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

7.2 ☐ weil der in Feld 2 Genannte nach den Rechtsvorschriften unseres Staates selbst sachleistungsberechtigt ist.

7.3 ☐ Sonstige Gründe: .....

.....

.....

8 (5) ☐

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

8.2 Eingetragene Familienangehörige (6)

8.3	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
8.4	.....	.....	.....	.....
8.5	.....	.....	.....	.....
8.6	.....	.....	.....	.....
8.7	.....	.....	.....	.....
8.8	.....	.....	.....	.....
8.9	.....	.....	.....	.....
8.10	.....	.....	.....	.....
8.11	.....	.....	.....	.....

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

9 Träger des Wohnorts

9.1 Bezeichnung: .....

9.2 Anschrift (3): .....

.....

9.3 Stempel

9.4 Datum: .....

9.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

Hinweise für den Rentenberechtigten

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

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

in **Dänemark,** *bei der zuständigen „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg bei der „kommunalsbestyrelse" (Gemeindeverwaltung);*

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

in **Griechenland,** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute"; (OIKOS NAUTOU);*

in **Frankreich,** *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.5 müssen Sie sich an die Vertragskasse wenden;*

in **Irland,** *bei dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich Sie die Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *der gebietmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

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

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Für die Selbständigen wird dieses Feld in Frankreich vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung ausgefüllt.

(5) Von den Feldern 7 und 8 das Zutreffende und das entsprechende Kästchen ankreuzen.

(6) Nur von niederländischen Trägern auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 122 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN AN FAMILIENANGEHÖRIGE VON RENTENBERECHTIGTEN

Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat als der Rentenberechtigte leben

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

Der Träger der Krankenversicherung des Wohnorts des Rentenberechtigten füllt Teil A des Vordrucks aus und händigt dem Rentenberechtigten zwei Ausfertigungen aus oder sendet sie an den Träger des Wohnorts der Familienangehörigen, wenn dieser Träger den Vordruck angefordert hat. Wohnen die Familienangehörigen im Vereinigten Königreich, so sind beide Ausfertigungen an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne unmittelbar zu senden. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt der beiden Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung davon an den Krankenversicherungsträger des Wohnorts des Rentenberechtigten. Wohnen die Familienangehörigen in verschiedenen Ländern, so ist für jedes dieser Länder eine Bescheinigung auszustellen.

A. Anspruchsbestätigung

1 (2) An den Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (3): .....

.....

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

2

☐ Rentenberechtigter (Arbeitnehmersystem)
☐ Rentenberechtigter (Selbständigensystem)

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

2.2 Anschrift (3): .....

.....

2.3 Versicherungsnummer: .....

3 Familienangehöriger (4)

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

3.2 Anschrift (3): .....

.....

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

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

☐ ab ..... bis auf Widerruf gültig.
☐ 12 Monate vom Tage der Ausstellung an (5) gültig.
☐ bis zum (6) ..... gültig.

6 Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

B. Eintragungsmitteilung

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

Grund:

.....

.....

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

9 Eingetragene Familienangehörige

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

10 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Rentenberechtigten

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

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

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

in **Dänemark,** *bei der zuständigen „amtskommune" (Kreisamt); in Kopenhagen jedoch beim „magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg beim „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung);*

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

in **Griechenland,** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden; bei Seeleuten dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

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

in **Irland,** *bei dem „Health Board" (Gesundheitsamt), in dessen Bereich sie die Leistungen benötigen;*

in **Italien,** *der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL) (örtliche Gesundheitseinheit);*

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

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

c) *Der Vordruck ist ab dem in Ziffer 5 des Vordrucks angegebenen Zeitpunkt und für die dort angegebene Dauer gültig.*

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

(4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen im Vereinigten Königreich wohnen; einzutragen ist nur ein Familienangehöriger.

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

(6) Wenn die Bescheinigung von einem für die Selbständigen zuständigen französischen Träger ausgefüllt wird.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 123 ☐ (1)

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

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

Wurde der Vordruck vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts des Versicherten mittels Vordrucks E 107 angefordert, ist er direkt an diesen Träger zu senden; anderenfalls ist er dem Versicherten auszuhändigen. Begibt dieser sich in das Vereinigte Königreich, so ist eine Ausfertigung auch an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne zu senden.

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

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....
1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger

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

2.2 Anschrift im zuständigen Staat (3):
.....
.....
2.3 Anschrift in dem Land, in das er sich begibt (3):
.....
.....
2.4 Versicherungsnummer: .....

3 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 Arbeitnehmer von uns erteilten Genehmigung zum Weiterbezug der Sachleistungen
in ..... (Land), wohin er sich begibt,
☐ wohin er umzieht, ☐ wo er sich behandeln läßt,

4 können dem genannten Arbeitnehmer Sachleistungen gewährt werden wegen
☐ Arbeitsunfalls ☐ Berufskrankheit

4.1 ☐ für die in den Rechtsvorschriften des Wohnlandes vorgesehene Dauer
4.2 ☐ bis zum .....
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 abgegeben.

6	Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (3): .....

.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Versicherten

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

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

in **Dänemark,** *bei der zuständigen „amtskommune" (Kreisgemeinde); in Kopenhagen beim „magistrat" (Stadtverwaltung); in Frederiksberg: beim „kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung). Bei vorübergehendem Aufenthalt können Ärzte, Zahnärzte und Apotheken ohne vorherige Verständigung mit diesen Trägern in Anspruch genommen werden. Der Vordruck ist bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen. Auskunft darüber, an welchen Arzt oder Zahnarzt Sie sich wenden müssen, kann bei der „stedlige social- og sundhedsforvaltning" (örtliche Sozial- und Gesundheitsverwaltung) eingeholt werden. Bei Behandlung in Dänemark ist der Vordruck der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt;*

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

in **Griechenland,** *in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch ausstellt, ohne das keine Sachleistungen gewährt werden; bei Seeleuten, dem „Haus der Seeleute" (OIKOS NAUTOU);*

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

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

in **Italien,**

a) in der Regel der gebietsmäßig zuständigen Unità sanitaria locale (USL-örtliche Gesundheitseinheit); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt dem Ministero della sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea (Gesundheitsministerium, 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 contro gli infortuni sul lavoro (INAIL-Staatliche Unfallversicherungsanstalt),

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

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

im **Vereinigten Königreich,** *bei dem „Medical Service" (ärztlicher Dienst; Arzt; Zahnarzt; Krankenhaus usw.), bei dem Sie sich behandeln lassen wollen.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B= Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; I = Italien; IRL = Irland; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

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

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 124

ANTRAG AUF STERBEGELD

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

1 Ich,

1.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum .....

1.2 Versicherungsnummer (2): .....
1.3 Träger, bei dem ich versichert bin (2) (3): .....
.....
1.4 Verwandtschaftsverhältnis mit dem Verstorbenen: .....
1.5 Anschrift (4): .....
.....

2 beantrage Sterbegeld aus Anlaß des Todes des:

3
- ☐ Arbeitnehmers
- ☐ Selbständigen
- ☐ Familienangehörigen
- ☐ Rentenempfängers
- ☐ Rentenantragstellers

3.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum .....

3.2 Versicherungsnummer (2): .....
3.3 Todestag: .....
3.4 Todesursache:
- ☐ Krankheit
- ☐ Unfall
- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ Sonstige Ursache

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

4 Ich ☐ wurde ☐ wurde nicht von dem Verstorbenen unterhalten.
5 Der Verstorbene ☐ wurde ☐ wurde nicht von mir unterhalten.

6 Die Bestattungskosten betragen (5) .....; sie wurden verauslagt von .....

7 Folgende Unterlagen sind beigefügt: .....
.....
.....
.....

8 Datum: .....
8.1 Unterschrift des Antragstellers
.....

HINWEISE

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

Hinweise für den Antragsteller

a) *Um Sterbegeld zu erhalten, müssen Sie diesen Vordruck einreichen:*
- *— entweder beim zuständigen Versicherungsträger*
- *— oder bei dem Träger des Ortes, an dem Sie sich befinden, und zwar:*

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

in **Dänemark,** *beim „sikringsstyrelsen" (Versicherungsamt) in Kopenhagen;*

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

in **Griechenland,** *bei der Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA);*

in **Frankreich,** *bei dem Träger, der die Sachleistungen der Krankenversicherung gewährt oder gewähren würde;*

in **Irland,** *beim „Department of Social Welfare" (Ministerium für Sozialordnung) in Dublin;*

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

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

im **Vereinigten Königreich,** *beim „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. beim „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.*

b) *Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:*

in **Belgien:** *ein Auszug aus der Sterbeurkunde, der von der Gemeindeverwaltung ausgestellt wird,*
eine quittierte Rechnung über die Bestattungskosten;

in **Dänemark:** *eine Sterbeurkunde,*
quittierte Rechnungen über die Bestattungskosten;

in **Deutschland:** *eine Sterbeurkunde;*

in **Griechenland:** *Sterbeurkunde, Gesundheitsbuch, die Versicherungskarten, gegebenenfalls die quittierten Rechnungen über die Beerdigungskosten;*

in **Frankreich:**
- — **in jedem Fall** *das „bulletin de décès" (Totenschein) des Versicherten;*
- — **ferner** *je nach Sachverhalt:*
  - *— wenn Sie mit dem/der Verstorbenen verheiratet waren, Ihre standesamtliche „fiche familiale" (Familienkarte),*
  - *— wenn Sie ein Verwandter absteigender Linie (Sohn, Tochter, Enkel usw.) des/der Verstorbenen sind, die „fiche familie" (Familienkarte), aus der das Verwandtschaftsverhältnis ersichtlich ist,*
  - *— wenn Sie ein Verwandter aufsteigender Linie (Vater, Mutter, Großvater usw.) des/der Verstorbenen sind, seine/ihre „fiche individuelle" (Personalienkarte),*
  - *— wenn Sie aus sonstigen Gründen von dem/der Verstorbenen unterhalten wurden, ihre schriftliche eidesstattliche Erklärung, daß der/die Verstorbene tatsächlich und dauernd für Ihren Unterhalt gesorgt hat;*

in **Irland:** *eine Sterbeurkunde,*
ggf. eine Heiratsurkunde,
ein Voranschlag oder eine Abrechnung über Bestattungskosten oder die Quittung hierüber;

in **Italien :** *das „certificato di morte" (Auszug aus der Sterbeurkunde),*
das „documento di iscrizione" (Versichertennachweis),
ggf. der „stato di famiglia" (Familienstandsnachweis);

in **Luxemburg:** *Sterbeurkunde,*
quittierte Rechnungen,
ggf. eine Bescheinigung der Gemeindeverwaltung über die häusliche Gemeinschaft;

im **Vereinigten Königreich:** *eine Sterbeurkunde,*
ggf. eine Heiratsurkunde,
ein Kostenanschlag oder eine Abrechnung über Bestattungskosten.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Wohnlands des Antragstellers: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Bezeichnung und Anschrift angeben.

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

(5) In der Währung des Wohnlandes des Antragstellers anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 125 ☐ (1)

EINZELAUFSTELLUNG DER TATSÄCHLICHEN AUFWENDUNGEN

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

Für jeden Berechtigten ist ein Vordruck auszufüllen.

1 Rechnung Nr. ..... (2) für das ☐ 1. Halbjahr ☐ 2. Halbjahr 19.....

2 An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung: .....
2.2 Anschrift (3): .....
.....

3 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Familienangehöriger ☐ Rentenempfänger ☐ Rentenantragsteller

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

3.2 Anschrift (3): .....
.....
3.3 Anschrift (3) im zuständigen Land: .....
.....
3.4 Versicherungsnummer: .....

4 Familienangehöriger (4)

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

5 Dem ☐ in Feld 3 ☐ in Feld 4 Genannten wurden die Leistungen gemäß folgendem Artikel der Verordnung 1408/71:

5.1 ☐ 19.1,2 ☐ 22.1.a und 3 ☐ 22.1.b und 3 ☐ 22.1.c und 3
☐ 25.1,3,4 ☐ 26 ☐ 29.1 ☐ 31
☐ 52 ☐ 55.1

aufgrund folgender uns übersandter Vordrucke gewährt:

5.2 ☐ Vordruck E ..... vom ..... ☐ Vordruck E 117 vom .....
5.3 Über die in ☐ Feld 3 ☐ Feld 4 genannte Person wurde aufgrund des Antrags vom ..... ein ärztliches Gutachten erstellt

6	TATSÄCHLICHE AUFWENDUNGEN		6.1 Betrag (5)
6.2	**Für Sachleistungen**	vom ..... bis	.....
6.3	Ärztliche Behandlung	.....	.....
6.4	Zahnärztliche Behandlung	.....	.....
6.5	Arzneimittel	.....	.....
6.6	Krankenhausbehandlung	vom ..... bis	.....
		vom ..... bis	.....
6.7	Sonstige Leistungen (6)	.....	
		.....	.....
6.8	**Sachleistungen insgesamt**		.....
6.9	**Ärztliche Kontrollen** (7)	.....	
	.....		.....
6.10	**Für Geldleistungen**	vom ..... bis	.....
6.11	LEISTUNGEN INSGESAMT		.....

7	Aushelfender Träger
7.1	Bezeichnung: .....
7.2	Anschrift (3): .....
	.....
7.3	Stempel
7.4	Datum: .....
7.5	Unterschrift
	.....

8	Dem Versicherungsträger des zuständigen Staates vorbehalten

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Dem aushelfenden Träger erforderlichenfalls anzugeben.

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

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

(5) In Landeswährung anzugeben.

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

(7) Angabe der Art der durchgeführten ärztlichen Kontrollen oder der erstellten ärztlichen Gutachten.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 126 ☐ (1)

ERSTATTUNGSSÄTZE FÜR SACHLEISTUNGEN

VO 1408/71: Art. 22.1.a.i; Art. 22.3; Art. 31.a
VO 574/72: Art. 34

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

A. Anfrage

1 An den Träger (2) des Aufenthaltsorts

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Rentenberechtigter (Arbeitnehmersystem) ☐ Rentenberechtigter (Selbständigensystem)

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

2.2 ☐ Der Betroffene untersteht einem der in Anhang 11 zur VO 574/72 erfaßten System für Selbständige

3 Familienangehörige, die Sachleistungen erhalten haben

	Name	Vornamen	Mädchenname	Geburtsdatum
3.1				
3.2	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....	.....

4 Die genannte Person hat
4.1 während eines Aufenthalts in ..... (Land)
4.2 in ..... (Ort)
4.3 die Kosten für die erforderliche Behandlung usw. selbst verauslagt.
4.4 Der Genannte ist ☐ verwitwet ☐ erwerbsunfähig (4)
4.5 hat ein Einkommen von ..... (4)

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 offiziellen Selbstbeteiligung anzugeben.

6 Beiliegend ..... Quittungen

7 Zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: .....
7.2 Anschrift (3): .....
.....
7.3 Stempel

7.4 Datum: .....
7.5 Unterschrift
.....

B. Mitteilung

8 Beiliegend ..... Quittungen mit den in Ziffer 5 erbetenen Gebührensätzen.

9 ☐ Erstattungsbetrag ([5]) ..... ☐ Keine Erstattung

10 Bemerkungen: .....

.....

.....

.....

11 Träger des Aufenthaltsorts

11.1 Bezeichnung: .....

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

.....

11.3 Stempel

11.4 Datum: .....

11.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande.

([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) in Brüssel;

— in **Dänemark:** an das „sikringsstyrelsen" (Sozialversicherungsamt) in Kopenhagen;

— in **Deutschland:** an den „Bundesverband der Ortskrankenkassen" in Bonn;

— in **Griechenland:** an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT);

— in **Frankreich:** an das „Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants" (Zentralstelle für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer) in Paris;

— in **Irland:** an das „Department of Health" (Gesundheitsministerium) in Dublin;

— in **Italien:** an das „Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, Direzione generale" (Hauptverwaltung der Staatlichen Krankenversicherungsanstalt) in Rom;

— in **Luxemburg:** an die „Inspection générale de la sécurité sociale (Generalinspektion für soziale Sicherheit) in Luxemburg;

— in den **Niederlanden** an den „Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (ANOZ)" (Allgemeine niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht.

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

([4]) Nur auszufüllen, wenn die Anfrage an einen belgischen Träger gerichtet ist.

([5]) Angabe des Gesamtbetrags.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 127 ☐ (1)

EINZELAUFSTELLUNG DER MONATSPAUSCHBETRÄGE

VO 1408/71: Art. 36.1 und 2
VO 574/72: Art. 94; Art. 95

1

Aufstellung Nr. ..... für das Rechnungsjahr 19 ..... (2)

2 An den zuständigen Träger

2.1 Bezeichnung: .....
2.2 Anschrift (3): .....
.....

3 Der Sachleistungsanspruch wurde erworben durch den

☐ Arbeitnehmer ☐ Rentenberechtigten (Arbeitnehmersystem)
☐ Selbständigen ☐ Rentenberechtigten (Selbständigensystem)

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

3.2 Versicherungsnummer beim zuständigen Träger .....

4 Anschrift der Familie des Versicherten bzw. des Rentenberechtigten und seiner Familie (3)

.....
.....

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

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

6.1 beträgt die Zahl der Monatspauschbeträge
☐ je Familie, bzw. je Rentner und Familie ☐ je Familienangehörigen ☐ pro Kopf
.....

7 Aushelfender Träger

7.1 Bezeichnung: .....
7.2 Anschrift (3): .....
.....
7.3 Stempel

7.4 Datum: .....
7.5 Unterschrift
.....

8 Dem zuständigen Träger vorbehalten

HINWEISE

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

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.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes des Trägers, der den Vordruck ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Kalenderjahr, in dem die Leistungen gewährt wurden.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 201 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ZUR ZUSAMMENRECHNUNG DER VERSICHERUNGS- ODER WOHNZEITEN

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

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

1 Versicherter

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

1.2 *Geburtsort* ..... *Geburtsdatum* ..... *Geschlecht* ..... *Staatsangehörigkeit* (2) .....

1.3 Anschrift (3): .....

.....

1.4 Versicherungsnummer: .....

2 Letzte versicherungspflichtige Beschäftigung (4)

2.1 ☐ Art der abhängigen Beschäftigung:

.....

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

2.3 ☐ Art der selbständigen Tätigkeit: .....

2.4 Anschrift (3): .....

.....

3 Der in Feld 1 Genannte ☐ ist ☐ war bei uns versichert.

vom / bis	Zeiten (5)	als (4) (6)	Art der Versicherung (7)	für den Fall (8)
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				
..... /				

4 Der in Feld 1 Genannte hat folgende Wohnzeiten zurückgelegt (9):

vom	bis	Dauer		
		Jahre	Monate	Tage

5

5.1 Der in Feld 1 Genannte ☐ hat einen ☐ hat keinen Antrag zur Aufnahme in eine freiwillige Versicherung oder freiwillige Weiterversicherung in einem anderen Mitgliedstaat gestellt.
Wenn ja, bitte angeben:

5.2 Staat: .....

5.3 Versicherungsfall (8): .....

6	(6)

6.1 Der Betreffende ☐ bezieht ☐ bezieht keine
6.2 ☐ Invaliditätsrente
6.3 ☐ Altersrente
6.4 Tag des Beginns der Rente: .....

7	Ausstellender Träger

7.1 Bezeichnung: .....
7.2 Anschrift (3): .....
.....
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

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

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

(4) Wird die Bescheinigung von einem belgischen, französischen, irischen Träger oder einem Träger des Vereinigten Königreichs ausgestellt, so handelt es sich um Angaben des Arbeitnehmers selbst.

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

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

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

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

(9) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger ausgestellt wird.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 5 beachten!

E 202 ☐ (1)

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

BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF ALTERSRENTE

VO 1408/71: Art. 10.2; Art. 44 bis 50; Art. 77
VO 574/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 90 (*); Art. 111

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

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

A. Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (4): .....
2.2 Name bei der Geburt (4): .....
2.3 Vornamen (5): .....
2.4 Früher geführte Namen (6): .....
2.5 Geschlecht (7): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (8): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (8): .....
2.8 Personenstand ☐ ledig ☐ geschieden und wiederverheiratet (9) ☐ getrennt lebend
☐ verheiratet ☐ geschieden und nicht wiederverheiratet (9) ☐ verwitwet

3 Staatsangehörigkeit (10): .....

4 Geburt

4.1 Datum (11): .....
4.2 Ort (12): .....
4.3 Provinz oder Departement (13): .....
4.4 Land (14): .....

5 Anschrift (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....

(*) Art. 90 VO 574/72 gilt nicht für die Niederlande.

7

7.1 ☐ Der Versicherte ist noch berufstätig als ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger

7.2 ☐ Der Versicherte ist nicht mehr berufstätig als ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger seit dem .....

7.3 ☐ Der Versicherte will als an keine entgeltliche Beschäftigung mehr ausüben. ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger vom .....

7.4 ☐ Der Versicherte übt eine entgeltliche Beschäftigung aus ([16]).

7.5 ☐ Der Versicherte will eine entgeltliche Beschäftigung ausüben ([17]) als ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger (Art angeben): .....

7.6 Betrag ..... ([18]) ☐ Arbeitsentgelt ☐ berufliches Einkommen ☐ sonstige Einkünfte:

7.7 Art der sonstigen Einkünfte: .....

		hat folgende Leistungen beantragt:	und / oder bezieht folgende Leistungen:
8.1	Der Versicherte		
8.2	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	☐	☐
8.3	Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
8.4	Geldleistungen bei Rehabilitation	☐	☐
8.5	Invaliditätsrente	☐	☐
8.6	Altersrente	☐	☐
8.7	Hinterbliebenenrente	☐	☐
8.8	Rente wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit	☐	☐
8.9	Leistungen wegen Arbeitslosigkeit	☐	☐
8.10	Beitragserstattung	☐	☐

8.11 Träger, die die unter 8.3 bis 8.9 aufgeführten Leistungen schulden (Bezeichnung, Anschrift ([3])):

zu 8..... .....

zu 8..... .....

zu 8..... .....

zu 8..... .....

8.12 Ergänzende Angaben zu den unter 8.3 bis 8.9 aufgeführten Leistungen

	Bezugszeichen	Zeitraum oder Tag des Beginns	Betrag
zu 8.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 8.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 8.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 8.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich

8.13 Als Vorschuß auf die beantragte Rente gelten:

☐ die Leistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit

☐ die Leistungen wegen Arbeitslosigkeit

☐ .....

9 Für deutsche und französische Träger erforderliche Angaben

9.1 Der Antragsteller
(19) ☐ erklärt, arbeitsunfähig zu sein; ärztliche Unterlagen in der Anlage beigefügt.
(19) ☐ hat nicht erklärt, arbeitsunfähig zu sein.

9.2 Der Antragsteller
(19) ☐ erklärt, daß er ständiger Hilfe für Verrichtungen des täglichen Lebens bedarf; ärztliche Unterlagen in der Anlage beigefügt.
(19) ☐ hat nicht erklärt, daß er ständiger Hilfe für Verrichtungen des täglichen Lebens bedarf.

B. Angaben über die Familienangehörigen des Versicherten

10 Ehegatte

10.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geschlecht .....

10.2 Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

10.3 Anschrift (3) (20): .....

.....

10.4 Tag der Eheschließung: .....

10.5 Der Ehegatte ☐ ist ☐ ist nicht berufstätig.

10.6 Wenn ja, Angabe des Arbeitsentgeltes

☐ wöchentlich (21): ..... ☐ jährlich (22): .....

10.7 Der Ehegatte im Alter von 60 bis 65 Jahren gibt an,

☐ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig zu sein (19).

10.8 Der Ehegatte

☐ hat Rentenantrag gestellt im ☐ Arbeitnehmersystem ☐ Selbständigensystem

☐ ist rentenberechtigt im ☐ Arbeitnehmersystem ☐ Selbständigensystem

☐ ist nicht rentenberechtigt

Wenn ja, ist anzugeben:

10.9 Rentenart: (23) .....

10.10 Rentennummer: .....

10.11 Leistungspflichtiger Träger: .....

10.12 Höhe der Rente ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich .....

10.13 Der Ehegatte ☐ erhält ☐ erhält keine anderen Sozialleistungen (24):

☐ wegen Arbeitslosigkeit ☐ wegen Krankheit ☐ wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ☐ sonstige

10.14 Andere Einkünfte: Art: .....

Höhe (25): .....

11 Kinder

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

11.2 Der bearbeitende Träger braucht keine Leistungen nach Artikel 77 VO 1408/71 für die Kinder zu zahlen, die unter der Nummer 11.1 in den Zeilen

Nr. ..... aufgeführt sind ([26]).

11.3 Für die unter der Nr. 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder besteht Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit (Art. 79 Abs. 3 VO 1408/71).

11.4 Anschrift ([3]) ([27]): .....

.....

11.5 Bemerkungen ([28]): .....

C. Sonstige Angaben

12 ☐ Tag der Einreichung des jetzigen Antrags: .....

☐ Vom Antragsteller gewählter Tag des Rentenbeginns ([29]): .....

☐ Tag des Rentenbeginns: .....

13 Der Antragsteller ☐ hat einen ☐ hat keinen Aufschub der Feststellung einer Altersrente beantragt, auf die er Anspruch hätte.

Falls ja, Angabe des Landes: .....

14 Der bearbeitende Träger ☐ gewährt ☐ gewährt keine vorläufige Leistungen nach Art. 45.1 VO 574/72.

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

15 ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine Verrechnung von Überzahlungen gemäß Art. 111 VO 574/72 vorzunehmen.

15.1 Etwaige Nachzahlungen

☐ können ☐ können nicht

dem Berechtigten unmittelbar ausgezahlt werden.

16 Beiliegender Vordruck ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

17 Bearbeitender Träger

17.1 Bezeichnung: .....

.....

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

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist die CPR-Nummer und ggf. die ATP-Nummer einzutragen.

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

(4) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(6) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(7) M = männlich; F = weiblich.

(8) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(9) Nach Möglichkeit für die deutschen, französischen, italienischen, luxemburgischen und niederländischen Träger auszufüllen.
Liegt die Angabe beim bearbeitenden Träger nicht vor, so wendet sich der zuständige Träger unmittelbar an den Betreffenden.

(10) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

(11) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(12) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(13) Bei französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(14) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(15) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist im folgenden Feld die letzte Anschrift des Antragstellers in Dänemark einzutragen:

Anschrift (3): .....
.....

(16) Für deutsche, griechische und irische Träger sowie für Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(17) Für deutsche und irische Träger auszufüllen.

(18) Für belgische, dänische, französische (Jahresbetrag), deutsche und griechische (Monatsbetrag) Träger auszufüllen.

(19) Deutsche, griechische oder französische Träger können später einen Vordruck E 213 anfordern.

(20) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, so ist die letzte Anschrift des Ehegatten in Dänemark in folgendem Feld einzutragen:

Anschrift (3): .....
.....

(21) Nur für Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(22) Für dänische, französische, italienische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(23) Für französische Träger Art des Versicherungsfalles (Invalidität, Alter) und Art des Anspruchs (eigener oder abgeleiteter) angeben.

(24) Für belgische, dänische, französische, irische, italienische und niederländische Träger sowie Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(25) Für dänische und niederländische (jährliche Höhe), französische (vierteljährliche Höhe) und italienische (monatliche Höhe) Träger auszufüllen.

(26) Für italienische Träger ist das Einlegeblatt auszufüllen.

(27) Angabe der gemeinsamen Anschrift. Wohnt ein Kind unter einer anderen Anschrift, so ist diese im folgenden Feld anzugeben:

Name und Vornamen: .....
Anschrift (3): .....
.....

(28) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben (Sterbetag), Auszubildender ist oder seine schulische Ausbildung fortsetzt.

(29) Für deutsche, französische und italienische Träger auszufüllen.

E 202 Einlegeblatt

FELD 11 „KINDER“
ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR ITALIENISCHE TRÄGER

Auszufüllen, wenn der bearbeitende Träger nicht zur Zahlung der Leistungen für Kinder nach Artikel 77 der Verordnung 1408/71 verpflichtet ist:

1 ☐ Die unter Nummer 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder üben eine Erwerbstätigkeit aus.

1.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

2 ☐ Die unter Nummer 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder haben andere Einkünfte.

2.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte: .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

3 ☐ Für die unter 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder hat nachstehende Person

(Name) .....

(Anschrift) .....

.....

Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen wegen Ausübung einer Erwerbstätigkeit
(Artikel 79 Absatz 3 der Verordnung Nr. 1408/71).

3.1 Diese Familienleistungen und -beihilfen werden von folgendem Träger geschuldet:

(Bezeichnung) .....

(Anschrift) .....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 4 und 5 beachten!

E 203 ☐ (1)

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

BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF HINTERBLIEBENENRENTE

VO 1408/71: Art. 10.2, Art. 44 bis 50, Art. 78
VO 574/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 90 (*); Art. 111

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

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

A. Angaben über den verstorbenen Versicherten

2

2.1 Familienname (4): .....
2.2 Name bei der Geburt (4): .....
2.3 Vornamen (5): .....
2.4 Früher geführte Namen (6): .....
2.5 Geschlecht (7): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (8): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (8): .....
2.8 Personenstand:
☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden und wiederverheiratet (9)
☐ geschieden und nicht wiederverheiratet (9)
☐ getrennt lebend
☐ verwitwet

3 Staatsangehörigkeit (10): .....

4 Geburt

4.1 Datum (11): .....
4.2 Ort (12): .....
4.3 Provinz oder Departement (13): .....
4.4 Land (14): .....

5 Anschrift (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....

(*) Art. 90 VO 574/72 gilt nicht für die Niederlande.

7 Der Versicherte war an seinem Todestag
☐ berufstätig ☐ nicht mehr berufstätig.

8

8.1 Todestag und -ort: .....

8.2 Der Tod ([16]) ☐ ist vermutlich ☐ ist vermutlich nicht die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit.

8.3 Der Tod ([17]) ☐ ist vermutlich ☐ ist vermutlich nicht durch einen Dritten verursacht worden.

8.4 Bei Verschollenheit ☐ Datum der letzten Nachricht: .....
☐ Durch Verschollenheitserklärung festgesetzter Todestag ([18]): .....

9

9.1 Der Versicherte ([19]) im Zeitpunkt seiner Eheschließung rentenberechtigt im ☐ war ☐ war nicht ☐ Arbeitnehmersystem ☐ Selbständigensystem

9.2 Der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes rentenberechtigt im ☐ war ☐ war nicht ☐ Arbeitnehmersystem ☐ Selbständigensystem

Wenn ja, ist anzugeben:

9.3 — Rentenart: .....

9.4 — Rentennummer: .....

9.5 — Leistungspflichtiger Träger: .....
.....

9.6 — Rentenbeginn: .....

9.7 — Ggf. Tag der Renteneinstellung: .....

10 Der Versicherte ☐ hatte einen ☐ hatte keinen Aufschub der Feststellung der Altersrente beantragt, auf die er Anspruch gehabt hätte.
(Wenn ja, in welchem Land: .....)

10.1 Der Versicherte hatte eine Beitragserstattung
☐ beantragt ☐ erhalten

10.2 Der Ehegatte hat eine Beitragserstattung
☐ beantragt ☐ erhalten

B. Angaben über die Anspruchsberechtigten

11 Witwe oder Witwer oder andere Berechtigte, außer Kindern ([20]) ([21])

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

11.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

11.3 Anschrift ([3]) ([22]): .....
.....

11.4 Tag der Eheschließung: .....

11.5 Ggf. Tag der ☐ Trennung ☐ Scheidung .....

11.6 Ggf. Tag der Wiederverheiratung: .....

11.7 Name und Vornamen des neuen Ehegatten: .....

11.8 Verwandtschaftsverhältnis (für andere Berechtigte als Witwer oder Witwe):
.....

12

12.1 Der/Die in Feld 11 Genannte

12.2 ☐ übt eine ☐ übt keine abhängige Tätigkeit aus

12.3 ☐ übt eine ☐ übt keine selbständige Tätigkeit aus.

12.4 Wenn ja, Angabe der Jahreseinkünfte: ..... (23)

12.5 Der/Die in Feld 11 Genannte

12.6 ☐ wurde ☐ wurde nicht (24) von dem /der verstorbenen Versicherten unterhalten.

12.7 ☐ ist ☐ ist nicht

☐ dauernd arbeitsunfähig

☐ für mehr als drei Monate vorübergehend arbeitsunfähig (25)

12.8 ☐ benötigt ☐ benötigt nicht die Hilfe einer dritten Person (26).

12.9 Der /Die in Feld 11 Genannte

☐ ist rentenberechtigt vom ..... bis .....

☐ ist nicht rentenberechtigt.

12.10 Rentenart (27): .....

12.11 Rentennummer: .....

12.12 Rentenhöhe am Tag der Antragstellung: .....

12.13 Leistungspflichtiger Träger: .....

12.14 Der/Die in Feld 11 Genannte (28)

☐ hat Anspruch auf Hinterbliebenenrente zu Lasten der Unfallversicherung.

Leistungspflichtiger Träger: .....

Rentennummer: .....

12.15 Die Witwe (29)

☐ erzieht ein Kind, ☐ erzieht kein Kind,

für das sie Familienbeihilfe oder Waisenrente bezieht.

12.16 Leistungspflichtiger Träger: .....

12.17 Voraussichtlicher Tag der Entbindung, falls die in Feld 11 Genannte schwanger ist:

.....

13 Sonstige bekannte Einkünfte: Art: .....

Höhe (30): .....

14 Kinder (31)

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

14.2 Der bearbeitende Träger braucht keine Leistungen nach Artikel 78 VO 1408/71 für die Waisen zu zahlen, die unter der Nummer 14.1 in den Zeilen

Nr. ..... aufgeführt sind (32).

14.3 Anschrift (3) (33): .....

.....

14.4 Bemerkungen (34): .....

C. Sonstige Angaben

15 ☐ Tag der Einreichung des jetzigen Antrags: .....

☐ Tag des Rentenbeginns: .....

16 Der bearbeitende Träger ☐ zahlt ☐ zahlt keine vorläufige Leistung nach Art. 45.1 VO 574/72.

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

17 ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine
Verrechnung von Überzahlungen gem. Art. 111 VO 574/72 vorzunehmen.

17.1 Etwaige Rentennachzahlungen
☐ können ☐ können nicht
dem Berechtigten unmittelbar ausgezahlt werden.

18 Beiliegend: Vordruck ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207

19 Bearbeitender Träger

19.1 Bezeichnung: .....
.....

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

19.3 Stempel

19.4 Datum: .....

19.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich;

([2]) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist die CPR-Nummer und ggf. die ATP-Nummer des verstorbenen Versicherten einzutragen.

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

([4]) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([5]) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([6]) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([7]) M = männlich; F = weiblich.

([8]) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

([9]) Nach Möglichkeit für die deutschen, französischen, italienischen, luxemburgischen und niederländischen Träger auszufüllen.
Liegt die Angabe beim bearbeitenden Träger nicht vor, so wendet sich der zuständige Träger unmittelbar an den Betreffenden.

([10]) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

([11]) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

([12]) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement), ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

([13]) Bei französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

([14]) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

([15]) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist im folgenden Feld die letzte Anschrift des verstorbenen Versicherten in Dänemark einzutragen:

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

([16]) Für deutsche, griechische, irische, italienische und luxemburgische Träger sowie Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

([17]) Für deutsche, griechische und luxemburgische Träger auszufüllen.

([18]) Für griechische und französische Träger ist anzugeben, an welchem Tag das Verschwinden bei den Polizeibehörden gemeldet wurde.

([19]) Für französische, griechische und luxemburgische Träger anzugeben.

([20]) Sind im Feld 11 mehrere Personen anzugeben, so sind eine oder mehr zusätzliche Seiten 2 und 3 einzulegen, da die Felder 11 und 12 für jede dieser Personen auszufüllen sind. Hierbei wird darauf hingewiesen, daß in den Niederlanden die Witwen, die geschiedenen und die getrennt lebenden Frauen Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben können, wenn sie jünger sind als 65 Jahre. Die Witwen, die geschiedenen oder getrennt lebenden Frauen können, wenn sie älter sind als 65 Jahre, Anspruch auf Altersrente haben. In diesem Fall ist ein Vordruck E 202 auf den Namen der Frau auszustellen.

([21]) Für italienische Träger ist Einlegeblatt 1 auszufüllen.

([22]) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, so ist die letzte Anschrift des Anspruchsberechtigten in Dänemark anzugeben.

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

.....

([23]) Für dänische und französische Träger auszufüllen.

([24]) Für deutsche, griechische, französische, italienische und luxemburgische Träger auszufüllen.

([25]) Für belgische und niederländische Träger auszufüllen.

([26]) Für griechische, französische und irische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

([27]) Für französische Träger ist anzugeben, ob es sich um eine persönliche Leistung oder um eine abgeleitete Leistung handelt.

([28]) Für belgische, luxemburgische und deutsche Träger auszufüllen.

([29]) Für belgische, deutsche, französische und luxemburgische Träger auszufüllen.

([30]) Für dänische (jährliche Höhe), französische (vierteljährliche Höhe) und italienische (monatliche Höhe) Träger auszufüllen.

([31]) Für dänische, deutsche, griechische, französische, irische, italienische und niederländische Träger sowie Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

([32]) Für italienische Träger ist Einlegeblatt 2 auszufüllen.

([33]) Angabe der gemeinsamen Anschrift. Wohnt ein Kind unter einer anderen Anschrift, so ist diese im folgenden Feld anzugeben:

Name und Vornamen: .....

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

.....

([34]) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben (Sterbetag), Auszubildender ist oder seine schulische Ausbildung fortsetzt.

E 203 Einlegeblatt 1

FELD 11 „ANDERE BERECHTIGTE, AUSSER KINDERN“ ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR ITALIENISCHE TRÄGER

Auszufüllen, wenn der Rentenantrag im Ausland von dem überlebenden Elternteil oder von ledigen Geschwistern des verstorbenen Arbeitnehmers eingereicht wird.

1 — Ist der Antragsteller ein überlebender Elternteil, so ist anzugeben, ob der Arbeitnehmer als Hinterbliebene(n) hat:

☐ den Ehegatten ☐ ja ☐ nein

☐ die Kinder ☐ ja ☐ nein

2 — Ist der Antragsteller Bruder oder Schwester des verstorbenen Arbeitnehmers, so ist anzugeben, ob letzterer als Hinterbliebene(n) hat:

☐ den Ehegatten ☐ ja ☐ nein

☐ die Kinder ☐ ja ☐ nein

☐ die Eltern ☐ ja ☐ nein

E 203 Einlegeblatt 2

FELD 14 „KINDER“
ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR ITALIENISCHE TRÄGER

Auszufüllen, wenn der bearbeitende Träger nicht zur Gewährung der Leistungen für Waisen nach Artikel 78 der Verordnung Nr. 1408/71 verpflichtet ist:

1 ☐ Die unter Nummer 14.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder üben eine Erwerbstätigkeit aus.

1.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte: .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

2 ☐ Die unter Nummer 14.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder haben andere Einkünfte.

2.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte: .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

3 ☐ Für die unter Nr. 14.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder hat nachstehende Person

(Name) .....

(Anschrift) .....

.....

Anspruch auf Familienleistungen und -beihilfen wegen Ausübung einer Erwerbstätigkeit
(Artikel 79 Absatz 3 der Verordnung Nr. 1408/71).

3.1 Diese Familienleistungen und -beihilfen werden von folgendem Träger geschuldet:

(Bezeichnung) .....

(Anschrift) .....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 5 und 6 beachten!

E 204 ☐ (1)

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

BEARBEITUNG EINES ANTRAGS AUF INVALIDITÄTSRENTE

VO 1408/71: Art. 10.2; Art. 44 bis 50; Art. 77
VO 574/72: Art. 36 bis 38; Art. 41 bis 43; Art. 45 bis 47; Art. 49; Art. 90 (*)§ Art. 111

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

1 An den beteiligten Träger oder die Verbindungsstelle

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

A. Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (4): .....
2.2 Name bei der Geburt (4): .....
2.3 Vornamen (5): .....
2.4 Früher geführte Namen (6): .....
2.5 Geschlecht (7): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (8): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (8): .....
2.8 Personenstand: ☐ ledig ☐ geschieden und wiederverheiratet (9) ☐ getrennt lebend
☐ verheiratet ☐ geschieden und nicht wiederverheiratet (9) ☐ verwitwet

3 Staatsangehörigkeit (10): .....

4 Geburt

4.1 Datum (11): .....
4.2 Ort (12): .....
4.3 Provinz oder Departement (13): .....
4.4 Land (14): .....

5 Anschrift (3) (15)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....

(*) Art. 90 VO 574/72 gilt nicht für die Niederlande.

7. Datum, auf das der Beginn der Invalidität festgesetzt wurde: .....

7.1 Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit mit anschließender Invalidität ([15a]): .....

7.2 Der Betreffende

☐ übt noch eine ☐ übt keine

☐ Arbeitnehmertätigkeit ☐ selbstständige Tätigkeit aus / mehr aus.

7.3 Übt er eine Arbeitnehmertätigkeit aus, so sind anzugeben ([16]):

die Höhe des Arbeitsentgelts: ..... die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit: .....

7.4 Datum der Aufgabe der gewöhnlichen Berufstätigkeit: .....

7.5 Art dieser Tätigkeit: .....

7.6 Übt er eine selbständige Tätigkeit aus, so ist die Höhe des Berufseinkommens anzugeben ([17]): .....

Art dieser Tätigkeit .....

7.7 Sonstige Einkünfte (Art und Höhe) ([18]): .....

7.8 Die Invalidität

☐ wurde vermutlich ☐ wurde vermutlich nicht durch einen Dritten verursacht.

☐ beruht ☐ beruht nicht auf Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ([19])

☐ beruht ☐ beruht nicht auf einem außerbetrieblichen Unfall

8 Nach Eintritt der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit

☐ wurde der Versicherte umgeschult.

☐ wurde der Versicherte nicht umgeschult.

Wenn ja, ist anzugeben:

8.1 Auf welche Tätigkeit: .....

8.2 Arbeitgeber, bei dem er die neue Beschäftigung ausgeübt hat

Name oder Firma: .....

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

.....

8.3 Datum des Beginns und der Beendigung dieser Beschäftigung: .....

9

		hat folgende Leistungen beantragt	und /oder bezieht folgende Leistungen
9.1	Der Versicherte		
9.2	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	☐	☐
9.3	Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
9.4	Geldleistungen bei Rehabilitation	☐	☐
9.5	Invaliditätsrente	☐	☐
9.6	Altersrente	☐	☐
9.7	Hinterbliebenenrente	☐	☐
9.8	Rente wegen Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit	☐	☐
9.9	Leistungen wegen Arbeitslosigkeit	☐	☐
9.10	Beitragserstattung	☐	☐

9.11 Träger, (der) die die unter 9.3 bis 9.9 aufgeführten Leistungen schuldet (schulden) (Bezeichnung, Anschrift ([3]))

zu 9 .....

zu 9 .....

zu 9 .....

zu 9 .....

9.12 Ergänzende Angaben zu den unter 9.3 bis 9.9 aufgeführten Leistungen

	Bezugszeichen	Zeitraum oder Tag des Beginns	Betrag
zu 9	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich

9.13 Als Vorschuß auf die beantragte Rente gelten:

☐ Geldleistungen der Krankenversicherung wegen Arbeitsunfähigkeit

☐ Leistungen wegen Arbeitslosigkeit

☐ .....

B. Angaben über die Familienangehörigen

10 Ehegatte

10.1 Name ..... Vornamen ..... Mädchenname ..... Geschlecht .....

10.2 Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

10.3 Anschrift (3) (20): .....

.....

10.4 Tag der Eheschließung: .....

10.5 Der Ehegatte ☐ ist ☐ ist nicht berufstätig.

10.6 Wenn ja, Angabe der Höhe seines Arbeitsentgelts:

☐ wöchentlich (21) ☐ jährlich (22) .....

10.7 Der Ehegatte ☐ hat Rentenantrag gestellt im System der ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständigen

☐ ist ☐ ist nicht rentenberechtigt.

Wenn ja, ist anzugeben:

10.8 Rentenart: .....

10.9 Rentennummer: .....

10.10 Leistungspflichtiger Träger: .....

10.11 Höhe der Rente: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich .....

10.12 Der Ehegatte ☐ erhält andere ☐ erhält keine anderen Leistungen (23)

☐ wegen Arbeitslosigkeit ☐ Krankheit ☐ Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit ☐ sonstige

10.13 Datum des Leistungsbeginns: .....

10.14 ☐ Monats- ☐ Vierteljahres- ☐ Jahresbetrag .....

10.15 Sonstige bekannte Einkünfte: Art: .....

Höhe (24): .....

11 Kinder

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

11.2 Der bearbeitende Träger braucht keine Leistungen nach Artikel 77 VO 1408/71 für die Kinder zu zahlen, die unter der Nummer 11.1 in den Zeilen

Nr. ..... aufgeführt sind ([25]).

11.3 Für die unter der Nr. 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder besteht Anspruch auf Familienbeihilfen oder -leistungen wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit (Art. 79 Abs. 3 VO 1408/71)

11.4 Anschrift ([3]) ([26]): .....

.....

11.5 Bemerkungen ([27]): .....

12 Unterhaltsberechtigte Angehörige aufsteigender Linie ([28])

12.1	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

12.2 Anschrift ([3]) ([26]): .....

.....

12.3 Bemerkungen: .....

.....

C. Sonstige Angaben

13 ☐ Tag der Einreichung des jetzigen Antrags: .....

☐ Tag des Rentenbeginns: .....

14 Der bearbeitende Träger

☐ gewährt ☐ gewährt keine

vorläufige(n) Leistung(en) gemäß Art. 45.1 VO 574/72.

14.1 Wenn nicht, werden die beteiligten Träger um Feststellung gebeten, ob sie vorläufige Leistungen gemäß Art. 45.2 VO 574/72 gewähren können.

15 ☐ Es ist eine ☐ Es ist keine

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

15.1 Etwaige Rentennachzahlungen

☐ können ☐ können nicht

dem Berechtigten unmittelbar ausgezahlt werden.

16 Beiliegend: Vordruck ☐ E 205 ☐ E 206 ☐ E 207 ☐ E 213 ☐ E 214 ([29])

17 Bearbeitender Träger

17.1 Bezeichnung: .....

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

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 6 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dem der bearbeitende Träger angehört: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, CPR-Nummer und ggf. ATP-Nummer eintragen.

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

(4) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(6) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(7) M = männlich; F = weiblich.

(8) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(9) Nach Möglichkeit für die deutschen, französischen, italienischen, luxemburgischen und niederländischen Träger auszufüllen. Liegt die Angabe beim bearbeitenden Träger nicht vor, so wendet sich der zuständige Träger unmittelbar an den Betreffenden.

(10) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

(11) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel*: 1. August 1921 = 01.08. 1921).

(12) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement), ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(13) Bei französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich: diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, *falls* dem Versicherten bekannt, anzugeben, *in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit:* NORD 59).

(14) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(15) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist im folgenden Feld die letzte Anschrift in Dänemark einzutragen:

Anschrift (3): .....
.....

(15a) Punkt C 3 des Vordrucks E 213 ist ebenso auszufüllen.

(16) Für dänische, deutsche, griechische, französische, irische, luxemburgische und niederländische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(17) Für belgische, dänische, deutsche, griechische, französische, irische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(18) Nur für dänische Träger auszufüllen.

(19) Für belgische, deutsche, französische, italienische und luxemburgische Träger anzugeben.

(19a) Nur für griechische Träger anzugeben.

(20) Nur für dänische Träger auszufüllen. Die letzte Anschrift in Dänemark ist anzugeben.

(21) Für irische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(22) Für belgische, dänische, französische, italienische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(23) Für belgische, dänische, deutsche, französische, irische, italienische, niederländische Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(24) Für belgische, dänische und niederländische (jährliche Höhe), deutsche, griechische und italienische (monatliche Höhe) und französische (vierteljährliche Höhe) Träger auszufüllen.

(25) Für italienische Träger ist das Einlegeblatt auszufüllen.

(26) Angabe der gemeinsamen Anschrift. Wohnt ein Kind (ein Verwandter in aufsteigender Linie) unter einer anderen Anschrift, so ist diese im folgenden Feld anzugeben:

Name und Vornamen: .....
Anschrift (3): .....
.....

(27) Angabe, ob das Kind verheiratet, gebrechlich, verstorben (Todestag), Auszubildender ist oder seine schulische Ausbildung fortsetzt oder eine Leistung aus eigenem Anspruch bezieht oder eigenes Einkommen hat.

(28) Für belgische und deutsche Träger und Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(29) Vordrucke E 213 und E 214 sind beizufügen, wenn Vordruck E 204 von einem deutschen oder niederländischen Träger ausgestellt wird oder für einen deutschen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

E 204 Einlegeblatt

FELD 11 „KINDER“
ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR ITALIENISCHE TRÄGER

Auszufüllen, wenn der bearbeitende Träger nicht zur Zahlung der Leistungen für Kinder nach Artikel 77 der Verordnung Nr. 1408/71 verpflichtet ist:

1 ☐ Die unter Nummer 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder üben eine Erwerbstätigkeit aus.

1.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte: .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

2 ☐ Die unter Nummer 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder haben andere Einkünfte.

2.1 Je Kind ist anzugeben:
Art der Einkünfte: .....

Höhe der Einkünfte je ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr .....

3. ☐ Für die unter Nr. 11.1 in den Zeilen Nr. ..... genannten Kinder hat nachstehende Person

(Name) .....

(Anschrift) .....

.....

Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen wegen Ausübung einer Erwerbstätigkeit (Artikel 79, Absatz 3 der Verordnung Nr. 1408/71).

3.1 Diese Familienleistungen und -beihilfen werden von folgendem Träger geschuldet

(Bezeichnung) .....

(Anschrift) .....

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **B** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN BELGIEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungs-zeiten	Gleich-gestellte Zeiten (14)	System	Beruf (15) (16)
Jahr	von	bis	Jahre	Jahre		
unbefristete Zeiten						

8.1 Versicherungszeit in den belgischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer: ....

8.2 Versicherungszeit im belgischen System der Selbständigen: ....

8.3 Gesamtversicherungszeit in Belgien: ....

8.4 Bemerkungen: ....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

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

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Unter Nummer 8.2 ist die Art der gleichgestellten Zeiten anzugeben.

(15) Für Arbeitnehmer, die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt waren, ist Vordruck E 206 beizufügen.

(16) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **DK** (1)

BESCHEINIGUNG DER VERSICHERUNGS- UND WOHNZEITEN IN DÄNEMARK

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

E 205 DK

8

Nach den Rechtsvorschriften über die Sozialrenten zurückgelegte Wohn- und gleichgestellte Zeiten			Wohnzeiten			Gleichgestellte Zeiten			Nach den Rechtsvorschriften über die Zusatzrenten für Arbeitnehmer (ATP) zurückgelegte Versicherungszeiten			
Jahr	von	bis	Jahre	Monate	Tage	Jahre	Monate	Tage	Jahr	von	bis	Monate

8.1 Gesamtdauer nach den dänischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer: ....

8.2 Bemerkungen: ....
....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: DK Dänemark.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **D** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN DEUTSCHLAND

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten ([14])		Gleichgestellte Zeiten ([15])		Arbeitnehmersystem	Selbständigensystem	Beruf ([16]) ([17])
Jahr	von	bis	Wochen	Monate	Wochen	Monate			

8.1 Gesamtversicherungszeit in den deutschen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer:

— für die Anspruchsbegründung und die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten

Wochen .... Monate ....

— nur für die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten

Wochen .... Monate ....

8.2 Gesamtversicherungszeit in den deutschen Systemen der sozialen Sicherheit der Selbständigen:

— für die Anspruchsbegründung und die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten

Wochen .... Monate ....

— nur für die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten

Wochen .... Monate ....

8.3 Bemerkungen ([15]): ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,
☐ kann eine ☐ kann keine
Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....
10.2 Anschrift (2): .....
.....
10.3 Stempel

10.4 Datum: .....
10.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: D = Deutschland.
(2) *Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.*
(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
(4) Alle Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
(6) M = *männlich*; F = *weiblich*.
(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.
(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.
(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).
(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).
(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).
(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.
(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.
(14) Nach der Zahl der Wochen oder Monate an Zeiten freiwilliger Versicherung, ist zur Unterscheidung gegenüber Pflichtversicherungszeiten ein F zu setzen.
(15) Hinter die Zahl der gleichgestellten Wochen oder Monate ist als Hinweis darauf, daß es sich um Ausfallzeiten handelt, die bei der Berechnung der Leistungshöhe, nicht aber für die Anspruchsbegründung berücksichtigt werden, ein A zu setzen. Ferner ist bei Nummer 8.2 „Bemerkungen" die Art der gleichgestellten Zeiten (Ersatzzeiten) anzugeben.
(16) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen.
(17) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben,

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **GR** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN GRIECHENLAND

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten ([14])			Gleichgestellte Zeiten ([15])			Beruf – Art der ausgeübten Beschäftigungen ([16]) ([17])
Jahr	von	bis	Jahre	Monate	Tage	Jahre	Monate	Tage	

8.1 Gesamtversicherungszeit in den griechischen Systemen der sozialen Sicherheit:

— für die Anspruchsbegründung und die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten:

Jahre .... Monate .... Tage ....

— nur für die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten:

Jahre .... Monate .... Tage ....

8.2 Bemerkungen ([15]) ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: GR = Griechenland.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Zur Unterscheidung gegenüber Pflichtversicherungszeiten ist hinter die Zeiten freiwilliger Versicherung ein V zu setzen.

(15) Bei Nummer 8.2 ist die Art der gleichgestellten Zeiten anzugeben.

(16) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen.

(17) Art der Beschäftigung und Eigenschaft angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **F** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN FRANKREICH

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten (14)	Gleichgestellte Zeiten (15)	System		Beruf (16) (17)
Jahr	von	bis	Vierteljahre	Vierteljahre	Arbeitnehmer	Selbständige	
Zugerechnete Jahre für Mütter							

8.1 Gesamtversicherungszeit in den französischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer und Selbständigen

....

8.2 Bemerkungen: ....

....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Zur Unterscheidung gegenüber Pflichtversicherungszeiten ist hinter die Zeiten freiwilliger Versicherung ein V (volontaire) zu setzen.

(15) Bei Nummer 8.2 ist die Art der gleichgestellten Zeiten anzugeben.

(16) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen.

(17) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **IRL** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN IRLAND

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (3): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten (14)	Gleichgestellte Zeiten	Grund der Gleichstellung (15)	Beruf (16) (17)
Jahr	von	bis	Wochen	Wochen		

8.1 Gesamtversicherungszeit im irischen System der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer:

....

8.2 Bemerkungen: ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: IRL = Irland.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Wenn es sich um Zeiten freiwilliger Versicherung handelt, ist hinter die Zahl der Wochen jeweils ein V (voluntary) zu setzen.

(15) Es ist anzugeben, ob es sich um Zeiten der Krankheit, der Arbeitslosigkeit usw. handelt.

(16) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen. Diese Angaben können nur anhand von Auskünften des Arbeitnehmers gemacht werden.

(17) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **I** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN ITALIEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten ([14])		Gleichgestellte Zeiten ([15])		System		Beruf ([16]) ([17])
Jahr	von	bis	Wochen	Monate	Wochen	Monate	Arbeitnehmer	Selbständige	

8.1 Gesamtversicherungszeit in den italienischen Systemen der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer und der gleichgestellten Selbständigen:

— für die Anspruchsbegründung und die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten:

Wochen .... Monate ....

— nur für die Berechnung der Leistungen zu berücksichtigende Zeiten:

Wochen .... Monate ....

Die Zeiten vom .... bis .... werden leistungswirksam ab ....

8.2 Bemerkungen ([15]): ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: I = Italien.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Nach der Zahl der Wochen oder Monate an Pflichtversicherungszeiten ist zur Unterscheidung gegenüber Zeiten freiwilliger Versicherung jeweils ein P zu setzen.

(15) Unter Nummer 8.2 ist die Art der gleichgestellten Zeiten anzugeben.

(16) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen.

(17) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **L** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN LUXEMBURG

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Versicherungszeiten		Gleichgestellte Zeiten ([14])		System	Beruf ([15]) ([16])
Jahr	von	bis	Tage	Monate	Tage	Monate		

8.1 Gesamtversicherungszeit in den luxemburgischen Systemen der sozialen Sicherheit:

....

8.2 Bemerkungen ([14]): ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: L = Luxemburg.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben *(Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. *(Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Die Art der gleichgestellten Zeiten ist unter Nummer 8.2 anzugeben.

(15) Bei Arbeitnehmern, die im Bergbau oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesen sind, ist ein Vordruck E 206 beizufügen.

(16) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **NL** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IN DEN NIEDERLANDEN

VO 1408/71: Art 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

E 205 NL

8

AOW- und AWW-Versicherungszeiten (14)		WAO-/AAW-Versicherungszeiten (14)		Anzahl			Art der Versicherungszeiten (15) (16)
vom	bis	vom	bis	Jahre	Monate	Tage	

8.1 D. h. eine niederländische Gesamtversicherungszeit (17) von ☐ AOW ☐ AWW ☐ WAO/AAW

.... Jahren .... Monaten .... Tagen.

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,
☐ kann eine ☐ kann keine
Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....
10.2 Anschrift (2): .....
.....
10.3 Stempel

10.4 Datum: .....
10.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: NL = Niederlande.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) AOW = Gesetz über die Allgemeine Altersversicherung.
AWW = Gesetz über die Allgemeine Witwen- und Waisenversicherung.
WAO = Gesetz über die Versicherung für den Fall langzeitiger Arbeitsunfähigkeit (Arbeitnehmer).
AAW = Gesetz über die Versicherung für den Fall langzeitiger Arbeitsunfähigkeit.

(15) Zur Kenntlichmachung der Art der Versicherungszeiten sind folgende Kennzeichen zu verwenden:
P = Pflichtversicherung
V = Freiwillige (vrijwillige) Versicherung
G = Gleichgestellte Zeiten.

(16) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

(17) Im niederländischen Versicherungssystem gibt es keine eingetragene Mitgliedschaft der Versicherten. Daher kann unsere Bescheinigung auch nur vermutliche niederländische Versicherungszeiten enthalten. Wenn Sie also feststellen, daß der Versicherte in Zeiten, die wir als niederländische Versicherungszeiten angegeben haben, nach dem von Ihnen anzuwendenden Rechtsvorschriften versichert war, so können Sie diese Zeiten ohne Rücksprache mit uns der in Ziffer 8.1 angegebenen niederländischen Versicherungszeit absetzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 205 **GB** (1)

BESCHEINIGUNG DES VERSICHERUNGSVERLAUFES IM VEREINIGTEN KÖNIGREICH

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12) .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Zurückgelegte Versicherungs- und gleichgestellte Zeiten			Beitragszeiten als (14)		Zeiten freiwilliger Versicherung	Gleichgestellte Zeiten (15)	Beruf (16) (17)
			Arbeitnehmer	Selbständiger			
Jahr	von	bis	Wochen	Wochen	Wochen	Wochen	

8.1 Gesamtversicherungszeit im System der sozialen Sicherheit der Arbeitnehmer und der Selbständigen des Vereinigten Königreichs:

....

8.2 Bemerkungen: ....

....

9 Der Versicherte, der eine Versicherungszeit von weniger als einem Jahr nachweist,

☐ kann eine ☐ kann keine

Rente nach den innerstaatlichen Rechtsvorschriften erhalten (Art. 48.1 VO 1408/71).

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

(14) Zeiten freiwilliger Versicherung in der folgende Spalte angeben.

(15) Es ist anzugeben, ob es sich um Zeiten der Krankheit, der Arbeitslosigkeit usw. handelt.

(16) Für die in Bergwerken oder in gleichgestellten Betrieben beschäftigt gewesenen Arbeitnehmer ist Vordruck E 206 beizufügen.
Diese Angaben können nur anhand der vom Arbeitnehmer erteilten Auskünfte gemacht werden.

(17) Für die griechischen Träger nach Möglichkeit die Art der Beschäftigung angeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 206 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER BESCHÄFTIGUNGEN IN BERGWERKEN UND GLEICHGESTELLTEN BETRIEBEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 43.1, 2, 3; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger über die Versicherungszeiten auszustellen, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und dem Vordruck E 202, E 203 bzw. E 204 jeweils beizufügen. Jeder beteiligte Träger stellt einen Vordruck über die Zeiten aus, die nach den von ihm anzuwendenden Rechtsvorschriften zurückgelegt wurden, und übersendet diesen Vordruck dem bearbeitenden Träger.

1 An den beteiligten/bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....

8

Betriebe (14)	Art der ausgeübten Beschäftigungen (15)	Beschäftigungs- oder gleichgestellte Zeiten		Jeweilige Zeitdauer					
				insgesamt			davon unter Tage		
		von	bis	Jahre	Monate	Tage	Jahre	Monate	Tage
8.1			Zusammen:						

9 Zwischen den in Feld 8 aufgeführten Beschäftigungszeiten gab es folgende Unterbrechungen ([16])

Unterbrechungszeiten		Grund der Unterbrechung (Krankheit, Urlaub, Wehrdienst, Kriegsdienst, Arbeitslosigkeit, Heilbehandlung, Rehabilitation, unbezahlter Urlaub usw.)
von	bis	
Tag/Monat/Jahr	Tag/Monat/Jahr	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

10 Träger, der den Vordruck ausfüllt

10.1 Bezeichnung: .....

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

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstaben des Landes in dem der Vordruck ausgefüllt wird; B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien: L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

([3]) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

([5]) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

([6]) M = männlich; F = weiblich.

([7]) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

([8]) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

([9]) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

([10]) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

([11]) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben; in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

([12]) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

([13]) Gegebenenfalls auch auszufüllen.

([14]) Angabe der Betriebe, in denen der Betreffende beschäftigt war, sowie Art des gewonnenen bzw. bearbeiteten Erzeugnisses.

([15]) Genaue Bezeichnung der Tätigkeit mit näherem Hinweis, ob diese über oder unter Tage ausgeübt wurde, oder ob es gleichgestellte Zeiten sind.

([16]) Nur für deutsche Träger auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 207 [ ] (1)

ANGABEN ÜBER DEN BESCHÄFTIGUNGSVERLAUF DES VERSICHERTEN

VO 1408/71: Art. 38; Art. 45; Art. 48; Art. 57.3.c
VO 574/72: Art. 42.1; Art. 69

Vom bearbeitenden Träger auszufüllen und den Vordrucken E 202, E 203 und E 204 beizufügen.

Die Angaben in Feld 7 wurden beim Versicherten eingeholt und werden dem beteiligten Träger übermittelt.

Angaben über den Versicherten

1

1.1 Familienname (3): .....
1.2 Name bei Geburt (3): .....
1.3 Vornamen (4): .....
1.4 Früher geführte Namen (5): .....
1.5 Geschlecht (6): .....
1.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
1.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

2 Staatsangehörigkeit (8): .....

3 Geburt

3.1 Datum (9): .....
3.2 Ort (10): .....
3.3 Provinz oder Departement (11): .....
3.4 Land (12): .....

4 Anschrift (2)

.....
.....

5 Versicherungsnummer .....

(Angaben über den Beschäftigungsverlauf auf Seite 2 eintragen)

6 Bearbeitender Träger

6.1 Bezeichnung: .....
6.2 Anschrift (2): .....
.....
6.3 Stempel

6.4 Datum: .....
6.5 Unterschrift
.....

Angaben über jeden einzelnen Zeitraum

	Zeiten [13]		Art der Zeiten [14]	Bezeichnung und Sitz des Unternehmens oder Art der selbständigen Tätigkeit	Ort und Land der tatsächlichen Beschäftigung [15]	a) Versicherungsträger oder -system b) Versicherungsnummer [16] c) Art der Versicherung [17]	Wohnort während der Beschäftigungszeit [18]
	vom	bis					
	1	2	3	4	5	6	7
1						a) ..... b) ..... c)	
2						a) ..... b) ..... c)	
3						a) ..... b) ..... c)	
4						a) ..... b) ..... c)	
5						a) ..... b) ..... c)	
6						a) ..... b) ..... c)	
7						a) ..... b) ..... c)	
8						a) ..... b) ..... c)	

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. Reicht Seite 2 für die Angaben über den Beschäftigungsverlauf nicht aus, so sind weitere Ausfertigungen der Seite 2 anzufügen, auf denen die laufenden Nummern (links) fortlaufend zu numerieren sind.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben *(Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Ist der Vordruck für einen dänischen oder niederländischen Träger bestimmt, sind ferner alle vom Arbeitnehmer in Dänemark bzw. in den Niederlanden zurückgelegten Wohnzeiten anzugeben.

(14) Anzugeben ist die Art der ausgeübten Tätigkeit (Arbeitnehmer oder Selbständiger), z. B. Schlosser, Verkäufer, Landwirt. Gegebenenfalls: Schul- oder Berufsausbildung (Art der Ausbildung und erworbene Abschlußzeugnisse). Zeiten ohne berufliche Tätigkeit (z. B. Hausfrau, Arbeitslosigkeit, Krankheit usw.) Wehrdienst (Land); hat der Betreffende seinen Wehrdienst in Italien abgeleistet, so ist dem Vordruck E 207 soweit möglich eine Kopie seines Wehrpasses oder der Bescheinigung über seine Dienstzeiten beizufügen.

(15) Für Frankreich ist das Departement anzugeben.

(16) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist die CPR-Nummer und ggf. die ATP-Nummer anzugeben.

(17) Nähere Angabe, ob es sich um Pflichtversicherung, um freiwillige Versicherung, freiwillige Weiterversicherung oder um einen versicherungslosen Zeitraum handelt.

(18) Bei Versicherten des OGA sind Gemeinde und Regierungsbezirk in Griechenland anzugeben.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 208 ☐ (1)

BESTIMMUNG DER ANSPRÜCHE

auf ☐ **Altersrente** ☐ **BU-/EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

in (2) .....

VO 1408/71: Art. 46.1 und 2; Art. 49.2 und 3
VO 574/72: Art. 43.2 und 3; Art. 46

Vom beteiligten Träger dem bearbeitenden Träger zu übersenden.

1 An den bearbeitenden Träger

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (4): .....
2.2 Name bei Geburt (4): .....
2.3 Vornamen (5): .....
2.4 Früher geführte Namen (6): .....
2.5 Geschlecht (7): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (8): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (8): .....

3 Staatsangehörigkeit (9): .....

4 Geburt

4.1 Datum (10): .....
4.2 Ort (11): .....
4.3 Provinz oder Departement (12): .....
4.4 Land (13): .....

5 Anschrift (3)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (14)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (3): .....
.....
7.4 Verwandtschaftsverhältnis zu dem verstorbenen Versicherten: .....

8 Bei Ablehnung des Antrags

Begründung: .....

.....

.....

.....

.....

9 Bei Zuerkennung einer Rente

9.1 Höhe der Jahresrente ([15]) nach Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71, die der Versicherte für die in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Versicherungszeiten (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, freiwillige Weiterversicherung) und gleichgestellte Zeiten beanspruchen kann, auch wenn einzelne dieser Zeiten sich mit in einem anderen Staat zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

9.2 Höhe der tatsächlichen theoretischen Jahresrente ([15]) nach Art. 46.2 VO 1408/71, die gezahlt würde, wenn die nach Art. 15 VO 574/72 ermittelten Versicherungszeiten und gleichgestellten Zeiten insgesamt in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegt worden wären:

.....

9.3 Höhe der tatsächlichen anteiligen Jahresrente ([15]) nach Art. 46.2.b,c,d VO 1408/71 aufgrund der in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Zeiten unter Ausschluß der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

9.4 Höhe der tatsächlichen anteiligen Rente ([15]) nach Art. 46.2.b,c,d VO 1408/71 aufgrund der in dem in Betracht kommenden Land zurückgelegten Zeiten, einschließlich der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Zeiten überschneiden:

.....

9.5 Rentenbeginn: .....

10 Beteiligter Träger

10.1 Bezeichnung: .....

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

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Der Mitgliedstaat ist anzugeben.

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

(4) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(6) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(7) M = männlich; F = weiblich.

(8) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(9) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(10) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(11) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(12) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(13) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(14) Nur auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag auf Hinterbliebenenrente handelt.

(15) Die Jahresrente ist gleich der Summe der im Laufe eines Jahres zu zahlenden Beträge, wie sie sich auf der am Tag des Rentenbeginns maßgebenden Grundlage errechnet.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 209 ☐ (1)

BESTIMMUNG DER RENTENBETRÄGE

der ☐ **Altersrente** ☐ **BU-EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

ZWECKS ETWAIGER ANWENDUNG DES ART. 46.3 VO 1408/71

Es wird vom bearbeitenden Träger ausgefertigt, der jedem beteiligten Träger ein Exemplar hiervon übersendet.

1 An den beteiligten Träger

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

Angaben über den Arbeitnehmer

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1 Name	Vornamen	Name bei der Geburt
.....	.....	.....
7.2 Geburtsort	**Geburtsdatum**	**Geschlecht** / **Staatsangehörigkeit**
.....	.....	..... / .....

7.3 Anschrift (2): .....
.....
7.4 Verwandtschaftsverhältnis zu dem verstorbenen Versicherten: .....

(Für die Bestimmung der Rente Seite 2 verwenden)

8 Bearbeitender Träger

8.1 Bezeichnung: .....
8.2 Anschrift (2): .....
.....
8.3 Stempel

8.4 Datum: .....
8.5 Unterschrift
.....

E 209

9 Bestimmung der Beträge am .....

Leistungspflichtiges Land	Jahresbetrag in der Landeswährung des zuständigen Trägers (14)			Jahresbetrag in der Landeswährung des bearbeitenden Trägers				Jahresbetrag in der Landeswährung des zuständigen Trägers (14) (Rente nach Anwendung des Artikels 46.3 VO 1408/71) (18)
	Theoretische Rente (Art. 46.2.a VO 1408/71)	Einzelstaatliche Rente (Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71)	Anteilige Rente (15) (Art. 46.2.b VO 1408/71)	Theoretische Rente (Art. 46.2.a VO 1408/71)	Höchster Betrag aus Spalte 3 oder 4 (16)		Produkt aus Kürzungskoeffizient mal Beträge in Spalte 6 (siehe Feld 10) (17)	
					Beträge der Spalte 3 (Art. 46.1 erster Unterabsatz VO 1408/71)	Beträge der Spalte 4 (Art. 46.2.b VO 1408/71)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
				Insgesamt:	A	B		

Übernahme der Summe B aus Spalte 7	B .....
Summe der von allen Ländern geschuldeten Renten (C = A + B)	C .....
Höchste theoretische Rente laut Spalte 5	D .....
Unterschiedsbetrag (C − D = E)	E .....

10 Bestimmung des Kürzungskoeffizienten gemäß Art. 46.3 VO 1408/71. (Dieser Koeffizient wird zur Berechnung der Beträge in Feld 9 Spalte 8 herangezogen.) (17)

Gesamtbetrag der einzelstaatlichen Renten (Spalte 6)	A .....
Unterschiedsbetrag	E .....
Kürzungskoeffizient $F = \frac{A - E}{A}$	F .....

11 Paritäten (19)

Landeswährung des zuständigen Trägers			Landeswährung des bearbeitenden Trägers
100 DM	x	=	.....
100 bfrs	x	=	.....
100 ffrs	x	=	.....
100 Lire	x	=	.....
100 lfrs	x	=	.....
100 hfl.	x	=	.....
100 dkr.	x	=	.....
100 £ UK	x	=	.....
100 £ Irl.	x	=	.....

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.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtige Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = *männlich*; F = *weiblich*.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement), ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59: Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der Internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Nur auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag auf *Hinterbliebenenrente* handelt.

(14) Angabe der Währungseinheit.

(15) Ohne Berücksichtigung der Zeiten freiwilliger Versicherung und freiwilliger Weiterversicherung berechnet, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Pflichtversicherungszeiten überschneiden.

(16) Sind der Betrag in Spalte 3 und der Betrag in Spalte 4 gleich, dann ist dieser Betrag in Spalte 7 einzusetzen.

(17) Nur auszufüllen, wenn in Spalte 6 unter A und E positive Beträge erscheinen.

(18) Zu dem Betrag in Spalte 7 kommt gegebenenfalls noch die Rentenerhöhung nach Artikel 46.1 VO 574/72, die den Zeiten freiwilliger Versicherung oder freiwilliger Weiterversicherung entspricht, die sich mit in einem anderen Land zurückgelegten Versicherungszeiten überschneiden.

(19) Siehe Art. 107 VO 574/72.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 210 ☐ (1)

MITTEILUNG ÜBER RENTENBEWILLIGUNG/RENTENABLEHNUNG

Betr.: ☐ **Altersrente** ☐ **BU-/EU-Rente** ☐ **Hinterbliebenenrente**

VO 574/72: Art. 48

Von jedem beteiligten Träger auszufüllen und dem bearbeitenden Träger mit zwei Durchschriften des Rentenbescheides zu übersenden. Bei mehr als einem beteiligten Träger ist für jeden weiteren beteiligten Träger eine zusätzliche Ausfertigung des Rentenbescheides beizufügen.

1 An den bearbeitenden Träger

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

Angaben über den Versicherten

2

2.1 Familienname (3): .....
2.2 Name bei Geburt (3): .....
2.3 Vornamen (4): .....
2.4 Früher geführte Namen (5): .....
2.5 Geschlecht (6): .....
2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....
2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): .....

4 Geburt

4.1 Datum (9): .....
4.2 Ort (10): .....
4.3 Provinz oder Departement (11): .....
4.4 Land (12): .....

5 Anschrift (2)

.....
.....

6

6.1 Versicherungsnummer beim bearbeitenden Träger: .....
6.2 Geschäftszeichen des bearbeitenden Trägers: .....
6.3 Geschäftszeichen des beteiligten Trägers: .....

7 Berechtigter (13)

7.1	Name	Vornamen		Name bei der Geburt
	.....	.....		.....
7.2	Geburtsort	Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....	.....

7.3 Anschrift (2): .....
.....
7.4 Verwandtschaftsverhältnis zu dem verstorbenen Versicherten .....

8 Der Antrag wird abgelehnt

Begründung: .....

.....

.....

.....

9 Rente wird gewährt

9.1	ab dem	/ /	/ /	/ /	/ /
9.2	Jahresbetrag	.....	.....	.....	.....
9.3	Ggf. Kürzung aufgrund der Doppelleistungsbestimmungen (Art. 12 VO 1408/71 und Art. 7 VO 574/72):	.....	.....	.....	.....
	Begründung:				
	.....				
	.....				
9.4	Geschuldeter Betrag	.....	.....	.....	.....

10 Eine dänische Rente wird gewährt (14)

10.1 Jahresbetrag nach den Rechtsvorschriften über die Sozialrenten .....

10.2 Jahresbetrag nach den Rechtsvorschriften über die Zusatzrenten für die abhängig beschäftigten Arbeitnehmer (ATP): .....

10.3 Jährlicher Gesamtbetrag: .....

10.4 Gegebenenfalls Kürzung aufgrund der Doppelleistungsbestimmungen (Art. 12 VO 1408/71 und Art. 7 VO 574/72): .....
Begründung: Einkommensausgleich

10.5 Geschuldeter Betrag (Sozialrente): .....

10.6 Geschuldeter Betrag (ATP-Rente): .....

10.7 Rentenbeginn (Sozialrente): .....

10.8 Rentenbeginn (ATP-Rente): .....

11 Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe: s. Vordruck E 212

12 Beteiligter Träger

12.1 Bezeichnung: .....

12.2 Anschrift (2): .....

.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzten. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchename anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Gegebenenfalls Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Tag und Monat sind mit je zwei, das Jahr mit vier Ziffern wiederzugeben (*Beispiel:* 1. August 1921 = 01. 08. 1921).

(10) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(11) Bei französischen und italienischen Versicherten zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (*Beispiel:* Bei Frankreich für Geburtsort: LILLE das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(12) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(13) Nur ausfüllen, wenn es sich um einen Antrag auf Hinterbliebenenrente handelt.

(14) Nur von dänischen Trägern auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 211 [ ] (1)

ZUSAMMENFASSUNG DER BESCHEIDE

VO 574/72; Art. 48

Dieser Vordruck ist in der Sprache des Antragstellers vom bearbeitenden Träger auszufüllen, der ihm je eine Ausfertigung der Bescheide (E 210) sowie einen Merkzettel über Rechtsbehelfe und Fristen für Rechtsbehelfe (E 212) beifügt. Je eine Ausfertigung ist vom bearbeitenden Träger jedem der beteiligten Träger unter Beifügung der Bescheide aller anderen Träger zu übersenden.

1 Antragsteller

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....

.....

2 Ihr Antrag auf

2.1 [ ] Altersrente [ ] Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit [ ] Hinterbliebenenrente

2.2 wurde von folgenden Versicherungsträgern geprüft:

3 Beteiligte Träger

	Land	Träger	Geschäftszeichen
3.1	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....
3.4	.....	.....	.....
3.5	.....	.....	.....

4 Diese Träger haben folgende Entscheidungen getroffen (s. beigefügte Bescheide)

5 Ihr Antrag wird abgelehnt

5.1 (3) in bezug auf .....
Begründung: .....
.....
.....
.....

5.2 (3) in bezug auf .....
Begründung: .....
.....
.....
.....

6 Ihnen wird eine Rente gewährt

	(3) in bezug auf	Jahresrente in der Währung des leistungspflichtigen Landes (4) (5)	Rentenbeginn
6.1	.....	.....	.....
6.2	.....	.....	.....
6.3	.....	.....	.....
6.4	.....	.....	.....
6.5	.....	.....	.....

7 Falls Sie gegen den Bescheid eines oder mehrerer dieser Träger Widerspruch erheben wollen, können Sie die in Vordruck E 212 aufgeführten Rechtsbehelfe innerhalb der darin angegebenen Fristen für Rechtsbehelfe in Anspruch nehmen.

8	Bearbeitender Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (2): .....

.....

8.3 Stempel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dem der bearbeitende Träger angehört: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) In Betracht kommendes Land und ggf. das betreffende System angeben.

(4) Im Falle einer Rentenanpassung oder -neuberechnung nach innerstaatlichen Rechtsvorschriften wird der obige Betrag geändert, ohne daß die neue Rentenhöhe eigens mitgeteilt würde.

(5) Dieser Betrag kann ggf. um die zu Lasten des Rentners gehenden Steuern und Beiträge gekürzt werden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 212 [ ] (1)

RECHTSBEHELFE UND FRISTEN FÜR RECHTSBEHELFE

VO 574/72; Art. 48

A — Wenn Sie mit dem oder den erhaltenen Rentenbescheiden nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch oder Klage dagegen erheben. Hierzu ist von Ihnen **bei jedem angefochtenen Bescheid** folgendes zu beachten:

1. Ihre Einwendungen sind in einem Brief klar aufzuführen.

2. Die Geschäftszeichen des angefochtenen Bescheids sind darin anzugeben. Eine Kopie dieses Bescheids ist beizufügen.

3. Der Brief ist zu unterschreiben. Falls Sie nicht unterschreiben können, setzen Sie ein Kreuz und lassen Sie Ihren Rechtsbehelf von zwei volljährigen Personen mit Angabe ihres Namens, ihrer Vornamen und ihrer Anschrift (2) unterschreiben.

4. Der Brief ist der angeschriebenen Stelle vor Ablauf der in dem angefochtenen Bescheid angegebenen Frist zuzuleiten.
   Achtung: Diese Frist beginnt mit dem Datum der Zustellung des Bescheids. Die Rechtsbehelfe jedoch, die innerhalb der in den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats gesetzten Frist eingehen, gelten laut Artikel 86 der Verordnung 1408/71 als ordnungsgemäß eingereicht, wenn sie innerhalb der jeweils gleichen Frist bei entsprechender Stelle eines anderen Mitgliedstaats eingereicht werden. Bezeichnung und Anschrift dieser Stelle können Sie bei dem Rentenversicherungsträger Ihres Wohnorts erfahren.

B — 1. Eine Beschwerde gegen einen **belgischen** Bescheid ist innerhalb eines Monats nach erfolgter Zustellung einzureichen:
beim Arbeitsgericht des Gerichtsbezirks Ihres Wohnorts, wenn Sie in Belgien wohnen (Arbeitsgericht .....),

beim Arbeitsgericht des Gerichtsbezirks Ihres letzten Wohnorts bzw. Wohnsitzes in Belgien, wenn Sie außerhalb Belgiens wohnen;
sie ist jeweils entweder mittels Einschreibens zu übersenden oder in der Kanzlei des Gerichts abzugeben.

2. Eine Beschwerde gegen einen **dänischen** Bescheid bezüglich einer Rente nach den Rechtsvorschriften über die Sozialrenten ist binnen vier Wochen nach Zustellung beim „Sociale Ankestyrelse" in Kopenhagen einzureichen.

.....

Eine Beschwerde gegen einen dänischen Bescheid bezüglich der zusätzlichen Arbeitsmarktrente für Arbeitnehmer ist binnen vier Wochen nach Zustellung an das „Ankenævn for ATP" beim Arbeitsministerium in Kopenhagen einzureichen.

.....

3. Gegen den Bescheid eines **deutschen** Trägers der Rentenversicherung kann bei Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Monats und bei Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat innerhalb von 3 Monaten nach seiner Zustellung entweder Widerspruch oder unmittelbare Klage erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei .....
.....

(Träger der Rentenversicherung einsetzen), die Klage beim Sozialgericht
.....

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle zu erheben. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Widerspruchs- oder Klageschrift bei einer anderen inländischen Behörde, einem inländischen Versicherungsträger oder bei einer deutschen amtlichen Vertretung im Ausland eingegangen ist.

4. Eine Beschwerde gegen einen **griechischen** Bescheid ist innerhalb von ..... Tagen nach erfolgter Zustellung entweder direkt oder über den Träger des Wohnorts bei nachstehender Stelle einzureichen (Bezeichnung und Anschrift) .....
.....

5. Eine Beschwerde gegen einen **französischen** Bescheid ist innerhalb von 2 Monaten nach erfolgter Zustellung beim Vorsitzenden der „Commission de recours gracieux de la Caisse de Sécurité Sociale" (wenn es sich um eine Verwaltungsentscheidung handelt) bzw. beim Sekretär der „Commission régionale technique" (wenn es sich um eine Entscheidung medizinischer Art handelt) einzureichen; nachstehend die Anschrift: .....
.....
.....

6. Eine Beschwerde gegen einen **irischen** Bescheid ist binnen 21 Tagen nach Zustellung an den „Secretary, Department of Social Welfare" in Dublin zu richten.

7. Eine Beschwerde gegen einen **italienischen** Bescheid ist an das „Comitato Provinciale" bei der Provinzialverwaltungsstelle der INPS in

.....

zu richten. Sie ist binnen 90 Tagen nach dem Tag der Zustellung der zusammenfassenden Mitteilung der Rentenbescheide (Vordruck E 211) einzureichen. Falls auf Ihre Beschwerde in erster Instanz binnen 90 Tagen keine Entscheidung ergangen ist, können Sie innerhalb weiterer 90 Tage Beschwerde in zweiter Instanz erheben bei:

.....

.....

Obige Rechtsbehelfe gelten für Anträge auf Renten, über die die INPS im Rahmen der allgemeinen Pflichtversicherung für den Fall des Alters, der Invalidität und für Hinterbliebene entscheidet.
Beschwerden gegen Entscheidungen der INPS oder anderer Einrichtungen im Rahmen von Sondersystemen unterliegen anderen Vorschriften, die dem Antragsteller gesondert mitgeteilt werden.

8. Eine Beschwerde gegen **luxemburgischen** Bescheid ist innerhalb von 40 Tagen nach erfolgter Zustellung in zweifacher Ausfertigung beim „Conseil arbitral des Assurances Sociales" in Luxemburg einzureichen.

9. Eine Beschwerde gegen einen **niederländischen** Bescheid ist innerhalb eines Monats ab dem Tage, an dem Sie billigerweise Kenntnis von dem Rentenbescheid erhalten konnten, in zweifacher Ausfertigung bei dem „Raad van Beroep" in

.....

einzureichen. Dies gilt nicht für Rentenbescheide des knappschaftlichen Systems. Zu diesen Bescheiden wird erklärt, was Sie tun müssen, wenn Sie mit der Rentenfeststellung nicht einverstanden sind.

10. Eine Beschwerde gegen einen Bescheid eines Trägers des **Vereinigten Königreichs** ist binnen 28 Tagen nach Zustellung an das „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" in Newcastle-upon-Tyne bzw. an das „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" in Belfast zu richten.

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dem der bearbeitende Träger angehört: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 6 beachten!

E 213 [ ] (1)

AUSFÜHRLICHER ÄRZTLICHER BERICHT

VO 1408/71; Art. 39 bis 41 und Art. 87

1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Untersuchte Person

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift (2): .....

.....

2.4 Zuletzt ausgeübter Beruf (3): .....

2.5 [ ] Versicherungsnummer: .....

2.6 [ ] Rentennummer: .....

2.7 Aktennummer: .....

2.8 Rentenantrag gestellt am: .....

2.9 Neuantrag wegen Verschlimmerung gestellt am: .....

3 Ärztlicher Bericht angefertigt von Dr. med.

3.1 Name: ..... Vornamen: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Vertrauensarzt des/der .....

TEIL I — FRAGEBOGEN FÜR SÄMTLICHE FÄLLE

A. Anamnese

1 Eigene und Familienvorgeschichte:

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

2 Jetzige Krankheit (vorgebrachte Beschwerden, Beginn des Leidens, Verlauf, bisherige Behandlung):

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

B. Befund

1 Allgemeinzustand

Größe: ..... Gewicht: .....
Gesamterscheinung (vorzeitig gealtert, ruhig, lebhaft usw.): .....
Körperbau (kräftig, mittelkräftig, schwach): .....
Haltung: ..... Gang: .....
Bewegungen: .....
Muskulatur: .....
Aussehen der Schleimhäute: .....
Ernährungszustand: .....
Gesichtsfarbe (blaß, blau-rötlich): .....
Mund und Gebiß: .....
.....

2 Sinnesorgane

Gehör: .....
Sehvermögen: .....
Geruchssinn: .....

3 Atmungsorgane:

(Obere Atemwege, Lungen, Brustumfang, Form des Brustkorbs, makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbazillen, Röntgenuntersuchung usw.).

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

Röntgenbefund mit Angabe des Datums (ggf. Vordruck E 214 beifügen) (4):

.....

.....

.....

Sonstige Angaben: .....

.....

.....

4 Kreislauforgane

(Herz, Aorta, Blutgefäße, Herzgrenzen, Auskultation, Puls, Blutdruck, Atemstörungen, Ödeme, Zustand der peripheren Blutgefäße, Krampfadern, Röntgenbefund usw.):

.....

.....

Prüfung der Herz- und Kreislauffunktion	Blutdruck (RR)	Atemzüge je Minute	Pulsschlag je Minute	Sonstige Beobachtungen nach Belastungen
— nach längerer Ruhe — nach ..... Kniebeugen in ..... Sekunden — sofort: — nach 2 Minuten — nach 4 Minuten — nach 6 Minuten				— Atemstörungen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie lange? ..... — Lippenzyanose? ☐ Ja ☐ Nein — Extrasystolen? ☐ Ja ☐ Nein — Falls Extrasystolen bereits bei Ruhe vorhanden waren, werden sie häufiger? ☐ Ja ☐ Nein seltener? ☐ Ja ☐ Nein oder verschwinden sie vollständig? ☐ Ja ☐ Nein
— Sonstige Rhythmusstörungen nach Belastung? .... — Besondere Bemerkungen:				

Elektrokardiogramm-Befund mit Angabe des Datums:

.....

.....

Oszillogramm-Befund mit Angabe des Datums:

.....

.....

5 Verdauungsorgane

(Bauchdecke, Brüche, Abtasten der Bauchdecke, Operationsnarben, Leber, Milz, Ganglien usw.):

.....

.....

.....

Niederschrift über Röntgenuntersuchungen mit Angabe des Datums:

.....

.....

.....

6 Bewegungsapparat

(Knochen, Muskeln, Form und Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule, Lasègue, Vergleichsmessungen der Gliedmaßen; Angabe etwaiger Funktionsminderung in Grad):

.....

.....

.....

.....

7 Harn- und Geschlechtsorgane

.....

Ergebnis der Harnuntersuchung und etwaiger sonstiger Untersuchungen (Azotämie, Pyelographie, gynäkologische Untersuchung usw.) mit Angabe des Datums:

.....

.....

.....

8 Nervensystem und Psyche
(Pupillen- und periphere Reflexe, Paresen, Paralysen, größere Sensibilitätsstörungen, Auffälligkeiten der Psyche):

.....

Elektrodiagnose- oder Elektroenzephalogrammbefund:

.....

9 Sonstige Organe und Systeme:

.....

.....

10 Blutuntersuchungen mit Angabe des Datums; Hämoglobin- und Erythrozytenwerte usw.:

.....

.....

11 Sonstige Befunde mit Angabe des Datums (Senkungsreaktion, Luesreaktion usw.):

.....

.....

.....

Sonstige spezifische Untersuchungen ☐ sind erforderlich ☐ sind nicht erforderlich.
Falls ja, welche? .....
Tag der Beantragung der Untersuchung: .....

C. Diagnose und Auswertung

1 Diagnose mit Begründung und Beurteilung:

.....

.....

.....

.....

.....

2 Der Zustand des Untersuchten ☐ hat sich ☐ hat sich nicht konsolidiert:

.....

.....

3 Tag des Beginns der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit (5) (6):

.....

4 Tag des Beginns der derzeitigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (7):

.....

5 Der Untersuchte ☐ kann eine ☐ kann keine andere als die bisherige Beschäftigung ausüben.

6 Der Untersuchte ☐ kann ☐ kann nicht umgeschult werden.

7 Der Untersuchte ☐ ist völlig außerstande, ☐ ist nicht völlig außerstande, sich fortzubewegen.

8 Der Untersuchte ☐ ist ☐ ist nicht in stationäre Behandlung gekommen.
Falls ja, voraussichtliche Dauer derselben: .....
Gegebenenfalls Tag der Entlassung: .....

9 Bei den Verrichtungen des täglichen Lebens ist der Untersuchte auf die Hilfe
einer dritten Person ☐ angewiesen ☐ nicht angewiesen.

10 Die Leistungsminderung ist ☐ vorübergehend ☐ dauernd.

11 Tag der voraussichtlichen Beendigung dieser vorübergehenden Leistungsminderung: .....

12 Seit der Rentengewährung ist

☐ eine Besserung ☐ keine Änderung ☐ eine Verschlimmerung eingetreten.

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

13 Nachuntersuchung ☐ ist erforderlich ☐ ist nicht erforderlich.

Falls ja, ist anzugeben, an welchem Tage: .....

TEIL II — FRAGEBOGEN FÜR BESTIMMTE FÄLLE

1 Vorbehaltlich der Auffassung der zuständigen Verwaltung kann die Entschädigung für die Verletzung oder die Krankheit des Untersuchten nach Auffassung des praktischen Arztes, der das vorliegende Formblatt ausfüllt,

☐ als ☐ nicht als

unter die Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten fallend betrachtet werden.

Sofern der Untersuchte früher die Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Militärrenten bzw. Zivilkriegsgeschädigtenrenten in Anspruch nahm:

— Art dieser Verletzung bzw. dieser Krankheit:

.....

.....

.....

— Vorgeschlagener Leistungsminderungsgrad: .....

2 Bei Unfall, Tag der Konsolidierung der Verletzung: .....

3 Angezeigte Behandlung:

.....

.....

.....

.....

Der Untersuchte ist damit ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden.

4 Weitere ärztliche Behandlung

☐ kann eine ☐ kann keine Besserung mehr bewirken

☐ kann ☐ kann nicht mehr zur Heilung führen.

5 Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit für die Arbeit im Bergbau (nur wenn es sich um einen Bergmann handelt) (8):

Unter Tage: ..... Über Tage: .....

(gegebenenfalls Vordruck E 214 beifügen)

6 Der Untersuchte ☐ muß ☐ braucht nicht

☐ seine Arbeit im Bergbau aufgeben

☐ seine Beschäftigung wechseln.

7 Erwerbsminderung in einer selbständigen Tätigkeit in der Landwirtschaft (sofern der Betreffende eine derartige Tätigkeit in Frankreich ausgeübt hat) (9) .....

7.1 bei Versicherten $<$ 60 Jahre ☐ Erwerbsunfähigkeit ☐ Erwerbsminderung $> 2/3$

☐ Erwerbsminderung $< 2/3$

7.2 bei Versicherten $\geq$ 60 Jahre ☐ Erwerbsminderung ≥ 50 % ☐ Erwerbsminderung < 50 % (9)

Bemerkungen: .....

.....

.....

TEIL III — ERGEBNIS

1 Tag, an dem die Arbeit tatsächlich aufgegeben wurde: .....

2 Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit besteht

☐ vollständige ☐ teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Falls teilweise, Grad angeben (9): .....

3 Grad der Leistungsminderung für jede sonstige den Fähigkeiten des Untersuchten entsprechende Tätigkeit (8):

.....

4 Art der Invalidität (9) (10): .....

5 ☐ Ein ausgefüllter Vordruck E 214 ist in der Anlage beigefügt (11).

5.1 ☐ Vordruck E 214 ist aus folgendem Grund nicht beigefügt (11):

Aufgrund der Feststellungen, die sich aus meiner Untersuchung (und etwaigen fachlichen Untersuchungen) ergeben,

☐ bin ich der Auffassung, daß der Betreffende in ..... Monaten wieder voll arbeitsfähig sein wird.

☐ komme ich zu dem Schluß, daß der Betreffende auf Dauer völlig arbeitsunfähig ist.

6

6.1 Datum: .....

6.2 Unterschrift des Arztes: .....

7 Träger, der die Untersuchung veranlaßt hat

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (2): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 6 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Für belgische Träger sind nach Möglichkeit alle Berufe anzugeben, die der Versicherte während seines Versicherungsverlaufs ausgeübt hat; hierfür sind gegebenenfalls Einlegeblätter zu verwenden.

(4) Diese Angaben sind unbedingt erforderlich, wenn sich der Antrag auf Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfähigkeit ganz oder teilweise auf eine die Atmungsorgane betreffende Erkrankung stützt.

(5) Für die niederländischen Träger oder wenn dieser Bericht von einem niederländischen Träger ausgestellt wird, ist der erste Tag der jetzigen Arbeitsunfähigkeit anzugeben.

(6) Genauso auszufüllen wie Nummer 7.1 des Vordrucks E 204.

(7) Für die niederländischen Träger ist der Tag des Rentenbeginns anzugeben.

(8) Betrifft nicht Deutschland, Irland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich.

(9) Betrifft nicht die Niederlande.

(10) Nur auszufüllen, wenn die ärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Entscheidung über einen Rentenantrag erfolgt.

(11) Nur dann auszufüllen, wenn Vordruck E 213 für einen deutschen oder einen niederländischen Träger bestimmt ist oder von einem deutschen oder niederländischen Arzt ausgefüllt wird.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 214 ☐ (1)

ÄRZTLICHER BERICHT ÜBER DIE BEURTEILUNG DER FUNKTIONSMÖGLICHKEITEN UND -BESCHRÄNKUNGEN

VO 1408/71: Art. 39 bis 41; Art. 87

Dem Vordruck E 213 beizufügen, **wenn dies dort in Teil III Nummer 5 angegeben ist** *oder wenn ein zuständiger Träger eines anderen Mitgliedstaats dies wünscht.*

1 Träger, für den der Bericht bestimmt ist

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Untersuchte Person

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift (2): .....

.....

2.4 Zuletzt ausgeübter Beruf: .....

2.5 ☐ Versicherungsnummer: .....

2.6 ☐ Rentennummer: .....

3 Ärztlicher Bericht angefertigt von Dr. med.

3.1 Name: ..... Vornamen: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Vertrauensarzt des/der .....

4 Beiliegend: Vordruck ☐ E 204 ☐ E 213

E 214

	Fragen	ja	gelegentlich	häufig	vollzeitig	teilzeitig	nein	Bemerkungen
5	Kann der Versicherte							
5.1	schwere	☐					☐	
5.2	mittelschwere	☐					☐	
5.3	leichte Arbeiten verrichten?	☐					☐	
5.4	Arbeiten hauptsächlich im Stehen oder Gehen verrichten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
5.5	hauptsächlich im Sitzen arbeiten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
5.6	abwechselnd im Stehen, Sitzen und Gehen arbeiten?	☐			☐	☐	☐	..... Stunden täglich
5.7	gebückt	☐	☐	☐			☐	
5.8	hockend	☐	☐	☐			☐	
5.9	kniend	☐	☐	☐			☐	
5.10	liegend	☐	☐	☐			☐	
5.11	mit erhobenen Armen	☐					☐	
5.12	in trockener Umgebung	☐	☐	☐			☐	
5.13	in feuchter Umgebung	☐	☐	☐			☐	
5.14	in kalter Umgebung	☐	☐	☐			☐	
5.15	in warmer Umgebung	☐	☐	☐			☐	
5.16	in heißer Umgebung	☐	☐	☐			☐	
5.17	im Wasser arbeiten?	☐	☐	☐			☐	
5.18	plötzliche Temperaturwechsel ertragen?	☐					☐	
5.19	im Freien	☐					☐	
5.20	in geschlossenen Räumen arbeiten?	☐					☐	
5.21	in beengten Raumverhältnissen (Kanäle, Räume, in die man hineinkriechen muß) arbeiten?	☐	☐	☐			☐	
5.22	Treppen steigen?	☐	☐	☐			☐	
5.23	auf Leitern steigen?	☐	☐	☐			☐	
5.24	auf Dächer steigen?	☐	☐	☐			☐	
	gelegentlich oder wiederholt Lasten heben und tragen (be- und entladen usw.):							
5.25	schwere Lasten (über 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.26	mittlere Lasten (10 bis 25 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.27	leichte Lasten (5 bis 10 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.28	sehr leichte Lasten (unter 5 kg)?	☐	☐	☐			☐	
5.29	Muß der Versicherte zum Heben und Tragen eine besondere Technik anwenden (z.B. mit gestrecktem Rücken und gebeugten Knien)?	☐					☐	
5.30	Ist er gegenüber bestimmten Stoffen allergisch?	☐					☐	Wenn ja, nähere Angaben über Stoff und Maßnahmen.
5.31	Benötigt er zur Arbeit besondere Hilfsmittel (z.B. verstellbaren Stuhl, Mehrzweckstuhl usw.)?	☐					☐	Wenn ja, nähere Angaben.
5.32	Kann er öffentliche Verkehrsmittel benutzen?	☐					☐	
	Welche Entfernung kann er ungefähr zurücklegen:							
5.33	zu Fuß?							..... km

Fragen		Antworten						Bemerkungen
		ja	gelegentlich	häufig	vollzeitig	teilzeitig	nein	
5.34	mit dem Fahrrad?							..... km
5.35	mit dem Moped?							..... km
5.36	mit dem Auto?							..... km
5.37	im Rollstuhl?							.....
5.38	im motorisierten Krankenfahrstuhl?							..... km
5.39	Kann er zusammen mit anderen arbeiten?	☐					☐	
5.40	Kann er Maschinen oder Geräte benutzen, mit denen eine gewisse Gefährdung verbunden ist?	☐					☐	
5.41	Kann er leitende, aufsichtführende oder organisatorische Arbeiten verrichten, wie sie in einem Eigenbetrieb anfallen können?	☐					☐	
5.42	Sind bei bestimmten Tätigkeiten psychologische Besonderheiten zu berücksichtigen?	☐					☐	Wenn ja,angeben bei welchen bzw. welche.
5.43	Bestehen Vorbehalte hinsichtlich des Arbeitstempos?	☐					☐	Wenn ja, Begründung angeben.
5.44	Sind in Anbetracht der Antworten auf die obigen Fragen selbst bei geeigneten Arbeitsbedingungen häufige oder längere Arbeitsversäumnisse wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen zu erwarten?	☐					☐	

6

Datum: ..... Unterschrift des Arztes .....

7 Träger, der die Untersuchung hat durchführen lassen

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (2): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 4 beachten!

E 215 ☐ (1)

VERWALTUNGSAUSKÜNFTE ÜBER DIE LAGE EINES RENTNERS

VO 574/72: Art. 40 und 51

1 Empfängerträger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2 Rentner

2.1 Familienname (3): .....

2.2 Name bei der Geburt (3): .....

2.3 Vornamen (4): .....

2.4 Früher geführte Namen (5): .....

2.5 Geschlecht (6): .....

2.6 Name und Vornamen des Vaters (7): .....

2.7 Name und Vornamen der Mutter (7): .....

2.8 Familienstand:

☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden und wiederverheiratet (8)
☐ geschieden und nicht wiederverheiratet (8)
☐ dauernd getrennt lebend
☐ verwitwet

2.9 Versicherungs-Nr. beim bearbeitenden Träger: .....

2.10 Versicherungs-Nr. beim beteiligten Träger (9): .....

2.11 Rentenart: .....

3 Staatsangehörigkeit (10): .....

4 Geburt

4.1 Datum (11): .....

4.2 Ort (12): .....

4.3 Provinz oder Department (13): .....

4.4 Land (14): .....

5 Anschrift (2) (15)

.....

.....

6 Ehegatte

6.1	Name	Vornamen	Mädchenname	Geschlecht
	.....	.....	.....	.....

6.2 Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

6.3 Anschrift (2) (16): .....

.....

6.4 Tag der Eheschließung: .....

6.5 Der Ehegatte ☐ übt eine ☐ übt keine Erwerbstätigkeit aus

6.6 Wenn ja, wie hoch sind seine Einkünfte?

☐ wöchentlich (17) ..... ☐ jährlich (18): .....

6.7 Der Ehegatte ☐ bezieht eine ☐ bezieht keine Rente

☐ Arbeitnehmersystem ☐ Selbständigensystem

Wenn ja

6.8 Art der Rente: .....

6.9 Rentennummer/-zeichen: .....

6.10 Schuldnerträger .....

6.11 Höhe der Rente: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich .....

6.12 Der Ehegatte (19) ☐ erhält ☐ erhält keine sonstigen Leistungen

☐ Arbeitslosigkeit ☐ Krankheit ☐ Invalidität ☐ Sonstige

6.13 Datum des Beginns: .....

6.14 Höhe der Rente ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ jährlich .....

6.15 Sonstige bekannte Einkünfte: Art: .....

Höhe (20): .....

7 Kinder

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

7.2 Anschrift (2) (21): .....

.....

7.3 Bemerkungen (22): .....

8 Unterhaltsberechtigte Verwandte aufsteigender Linie (23)

8.1	Name	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

8.2 Anschrift (2) (21): .....

.....

8.3 Bemerkungen: .....

.....

(2)

9 Leistungen

		hat folgende Leistungen beantragt	und/oder bezieht folgende Leistungen
9.1	Der Rentner		
9.2	Lohnfortzahlung bei Krankheit	☐	☐
9.3	Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit	☐	☐
9.4	Geldleistungen bei Rehabilitation	☐	☐
9.5	Invaliditätsrente	☐	☐
9.6	Altersrente	☐	☐
9.7	Hinterbliebenenrente	☐	☐
9.8	Unfall/Berufskrankheitsrente	☐	☐
9.9	Arbeitslosengeld	☐	☐

9.10 Träger, die die unter 9.3 bis 9.9 genannten Leistungen schulden (Bezeichnung, Anschrift (2))

zu 9..... .....

zu 9..... .....

zu 9..... .....

zu 9..... .....

9.11 Zusätzliche Angaben zu den unter 9.3 bis 9.9 genannten Leistungen

	Aktenzeichen/-nummer	Zeitraum/Tag der Fälligkeit	Betrag
zu 9.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich
zu 9.....	.....	.....	☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ jährlich

10 Angaben über etwaige Tätigkeiten

10.1 Der Rentner

☐ übt keine Tätigkeit aus

☐ übt eine Tätigkeit gegen Entgelt aus

☐ übt eine selbständige Tätigkeit aus

Art der Tätigkeit: .....

10.2 Tag des Beginns der derzeitigen Tätigkeit: .....

10.3 Dauer der Arbeit: ..... Stunden wöchentlich

10.4 Höhe des Einkommens: ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich: .....

10.5 Einkommen ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich

eines gesunden Arbeitnehmers in vergleichbarer Tätigkeit während einer normalen Arbeitsdauer

von ..... Stunden je

☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat: .....

10.6 Dem unter 10.4 genannten Einkommen entsprechende Zeit(en)

.....

11 Der vorstehend genannte Rentner ist am ..... verstorben.

12 Etwaige Bemerkungen: .....

.....

13 Träger, der die Auskunft erteilte

13.1 Bezeichnung: .....

13.2 Anschrift (2): .....

.....

13.3 Stempel

13.4 Datum: .....

13.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) — Familienname bedeutet Angabe des gewöhnlichen Namens oder des bei Eheschließung angenommenen Namens. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Familienname der Name des jetzigen oder des letzten Ehegatten anzugeben.
— Der Name bei der Geburt ist stets anzugeben; ist er mit dem Familiennamen identisch, so ist ggf. „IDEM" einzusetzen. Ist die versicherte bzw. berechtigte Person eine verheiratete oder verheiratet gewesene Frau, so ist bei Ausfüllen durch einen niederländischen Träger als Name bei der Geburt der Mädchenname anzugeben.
— Die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

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

(5) Insbesondere bei Adoption und Verwendung gebräuchlich gewordener Beinamen anzugeben; die Zusätze „GENANNT" und „ALIAS" sowie die Vorsatzwörter sind vollständig und in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.

(6) M = männlich; F = weiblich.

(7) Diese Angabe wird bei französischen Staatsangehörigen benötigt, deren Geburtsland nicht das französische Mutterland ist.

(8) Nach Möglichkeit für die deutschen, französischen, italienischen, luxemburgischen und niederländischen Träger auszufüllen. Liegt die Angabe beim bearbeitenden Träger nicht vor, so wendet sich der zuständige Träger unmittelbar an den Betreffenden.

(9) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist die CPR-Nummer und ggf. die ATP-Nummer einzutragen.

(10) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

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

(12) Bei französischen Städten mit mehreren Bezirken (Arrondissement) ist die Nummer des Bezirks anzugeben (*Beispiel:* PARIS 14).

(13) Bei französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich; diese Nummer enthält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts. (Beispiel: bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit der Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit: NORD 59).

(14) Kennbuchstabe des Geburtslandes des Versicherten unter Verwendung der internationalen Kraftfahrzeugkennzeichen.

(15) Ist der Vordruck für einen dänischen Träger bestimmt, ist im folgenden Feld die letzte Anschrift des Antragstellers in Dänemark einzutragen;

Anschrift (2): .....

.....

(16) Nur für dänische Träger auszufüllen.

(17) Nur für Träger des Vereinigten Königreichs auszufüllen.

(18) Für belgische, dänische, französische, italienische, luxemburgische und niederländische Träger auszufüllen.

(19) Betrifft nicht die luxemburgische Träger.

(20) Für belgische, deutsche und italienische (Monatsbetrag), französische (Vierteljahresbetrag) sowie dänische und niederländische (Jahresbetrag) Träger anzugeben.

(21) Die gemeinsame Anschrift ist anzugeben. Wenn ein Kind (oder ein Verwandter der aufsteigenden Linie) unter einer anderen Anschrift wohnt, ist diese im folgenden Feld anzugeben:

Name und Vornamen .....

Anschrift (2): .....

.....

(22) Es ist anzugeben, ob das Kind verheiratet, gebrechlich oder verstorben (Todestag) ist, ob es sich in der Ausbildung befindet oder seine Studien fortsetzt.

(23) Für belgische, deutsche und französische Träger auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 301 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG VON ZEITEN, DIE FÜR DIE GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

VO 1408/71: Art. 67; Art. 68; Art. 71.1.a.ii; Art. 71.1.b.ii
VO 574/72: Art. 80; Art. 81; Art. 84.2

Auszustellen vom zuständigen Träger der Arbeitslosenversicherung oder von dem von der zuständigen Behörde bezeichneten Träger des Landes, in dem der arbeitslose Arbeitnehmer früher versichert war. Dèm Betreffenden auszuhändigen oder dem zuständigen Träger zuzusenden.

1 Arbeitnehmer

1.1	Familienname	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Genannte hat

2.1 ☐ im letzten Jahr (2) ☐ in den letzten 2 Jahren (2) ☐ in den letzten 3 Jahren (2)
vor Beendigung der letzten Beschäftigung

3 folgende, einer abhängigen Beschäftigung entsprechende Versicherungszeiten und gleichgestellte Zeiten zurückgelegt (3):

3.1 Versicherungszeiten

vom	bis

3.2 Gleichgestellte Zeiten

vom	bis	Grund der Gleichstellung (4)

4 folgende Zeiten abhängiger Beschäftigung und gleichgestellte Zeiten zurückgelegt (3):

4.1 Beschäftigungszeiten

vom	bis	Art der Tätigkeit (5)

4.2 Gleichgestellte Zeiten

vom	bis	Grund der Gleichstellung (4)

5 Angaben über das letzte Beschäftigungsverhältnis:

Beschäftigungszweig	Ausgeübte Tätigkeit (6) (z.B. „Maurer", nicht „Bauarbeiter")	Ungefährer durchschnittlicher Wochenverdienst (7)

5.1 Grund für die Auflösung ☐ Entlassung ☐ Kündigung durch den Arbeitnehmer
☐ Ablauf des befristeten Arbeitsverhältnisses ☐ einvernehmliche Vertragsauflösung
☐ sonstige Gründe .....

6 Der Genannte hat

6.1 ☐ über das Ende der Beschäftigung hinaus Arbeitsentgelt erhalten/zu beanspruchen, nämlich bis zum
.....

6.2 ☐ im Zusammenhang mit der Beendigung eine Abfindung oder ähnliche Beträge erhalten/zu beanspruchen
in Höhe von: .....

6.3 ☐ einen Urlaubsabgeltungsbetrag erhalten/ zu beanspruchen in Höhe
von ..... für ..... Tage (8)

6.4 ☐ auf folgende Ansprüche aus dem Beschäftigungsverhältnis verzichtet (9):
.....
Gründe: .....

7 Der Genannte hat seit Beginn der ersten oben bescheinigten Zeit Leistungen wegen Arbeitslosigkeit bezogen (10):

vom	bis

8 ☐ Der Genannte hat Anspruch auf Leistungen nach Artikel 69 der Verordnung 1408/71.
(Bescheinigung E 303 für die Zeit vom ..... bis .....
ausgestellt am .....)

9 ☐ Der Genannte hat keinen Anspruch auf Leistungen nach Artikel 69 VO 1408/71, weil er

9.1 ☐ nach dem Recht des diese Bescheinigung ausstellenden Trägers keinen Anspruch auf Leistungen hat,

9.2 ☐ der Arbeitsverwaltung des zuständigen Landes nicht 4 Wochen lang nach Beginn der Arbeitslosigkeit zur Verfügung gestanden hat und ihm auch nicht die Abreise vor Ablauf dieser Frist genehmigt wurde.

10 ☐ Der Genannte hat keinen Anspruch auf Leistungen nach Art. 71.1.a.i. oder b.i. VO 1408/71 gegen den Träger, der diese Bescheinigung ausstellt.

11 Träger, der die Bescheinigung ausstellt

11.1 Bezeichnung: .....
11.2 Anschrift (11): .....
.....
11.3 Stempel

11.4 Datum: .....
11.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) 1 Jahr, wenn die Bescheinigung für einen französischen, luxemburgischen oder niederländischen Träger bestimmt ist: 2 Jahre, wenn sie für einen italienischen Träger bestimmt ist, der außerdem Mitteilung des gesamten Versicherungsverlaufs des Betreffenden im Ausland anfordern kann; 3 Jahre, wenn sie für einen belgischen, dänischen, deutschen, griechischen, irischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.

(3) Sind die in den Ziffern 3.1 und 3.2, 4.1 und 4.2 verlangten getrennten Angaben nicht möglich, so ist in Ziffer 3.1 bzw. 4.1 die Gesamtzeit einzutragen

(4) z. B.: Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Wehrdienst, Berufsausbildung nachweisliche Arbeitslosigkeit usw.

(5) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, deutschen, griechischen, französischen oder italienischen Träger bestimmt ist.

(6) Angabe, ob es sich um Saisonarbeit handelt.

(7) Nach Möglichkeit auszufüllen, wenn der Vordruck für einen deutschen, griechischen, französischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

(8) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, dänischen, deutschen, französischen, italienischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

(9) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen belgischen, dänischen, deutschen, italienischen oder niederländischen Träger bestimmt ist.

(10) Auszufüllen, wenn die Bescheinigung für einen deutschen, griechischen, französischen oder italienischen Träger bestimmt ist.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 302 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN EINES ARBEITSLOSEN ARBEITNEHMERS, DIE FÜR DIE BERECHNUNG DER LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT BERÜCKSICHTIGT WERDEN KÖNNEN

VO 1408/71: Art. 68.2
VO 574/72: Art. 82

Von dem bezeichneten Träger des Wohnlandes der Familienangehörigen auszustellen. Dem arbeitslosen Arbeitnehmer auszuhändigen oder dem zuständigen Träger zuzusenden.

1 Arbeitsloser Arbeitnehmer

1.1	Familienname	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Familienangehörige

Lfd. Nr.	Familienname	Vornamen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Wohnort
1	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....	.....	.....

3 Gegebenenfalls Einkommen der Familienangehörigen (Art und monatlicher Betrag einschließlich sozialer Leistungen)

Lfd. Nr. (2)	Familienangehöriger	Art	Höhe
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

4 Bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit ist der arbeitslose Arbeitnehmer für den Unterhalt der Angehörigen unter lfd. Nr. ..... aufgekommen.

4.1 Der Angehörige unter lfd. Nr. ..... ist wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht in der Lage, seinen Lebensunterhalt aus eigenen Kräften zu bestreiten (3).

4.2 Den Familienzuschlag für die Anghörigen unter lfd. Nr. .....
hat eine andere Person zu ihrem Arbeitslosengeld erhalten, und zwar für die Zeit
vom ..... bis .....

4.3 Angaben, die nur der Träger des Vereinigten Königreichs benötigt: Abgesehen von der Beschäftigungszeit im Vereinigten Königreich, leben der genannte arbeitslose Arbeitnehmer und dessen Ehegatte

[ ] im gleichen Haushalt [ ] nicht im gleichen Haushalt.

4.4 Diese Bescheinigung gilt 12 Monate vom Tag ihrer Ausstellung an.

5 Ausstellende Dienststelle

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (4): .....

.....

5.3 Dienstsiegel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

6 Erklärung des arbeitslosen Arbeitnehmers (5)

6.1 Der in Feld 1 genannte arbeitslose Arbeitnehmer erklärt hiermit, das seine in Feld 2 unter den lfd. Nrn. ..... aufgeführten Familienangehörigen bei der Berechnung des Arbeitslosengeldes

☐ berücksichtigt werden ☐ nicht berücksichtigt werden,

das nach den Rechtsvorschriften des Vereinigten Königreichs einer anderen Person zusteht.

6.2 Datum: .....

6.3 Unterschrift des arbeitslosen Arbeitnehmers

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) Die in Betracht kommende Familienangehörigen nach der lfd. Nr. in Feld 2 aufführen.

(3) Auszufüllen, wenn der Vordruck für einen belgischen, griechischen oder französischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.

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

(5) Vom arbeitslosen Arbeitnehmer nur dann auszufüllen, wenn die Bescheinigung von einem Träger des Vereinigten Königreichs ausgestellt wird.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/0 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

1	Arbeitsloser		Versicherungs-Nr.: .....
1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69 VO 1408/71 ab seiner Eintragung bei der Arbeitsverwaltung des Landes, in dem er Arbeit sucht, Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann jedoch bereits ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes
der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Höchstdauer von ..... Tagen
aufgrund des Art. 69 VO 1408/71, jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

4.3 Wöchentlicher Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (3) oder Ausübung einer selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme (4);

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6	Träger, der den Vordruck ausfüllt	
6.1	Bezeichnung:	
6.2	Anschrift (6):	
	.....	
6.3	Dienstsiegel	6.4 Datum: .....
		6.5 Unterschrift
		.....

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem Recht, belgischem Recht, und dem Recht des Vereinigten Königreichs ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(4) Dieser Umstand hat keine Einstellung der Leistungszahlung zur Folge, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger in Umlauf gesetzt wird.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/1 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71; Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

zuständigen Trägers an den am Ort der Arbeitsuche aushelfenden Träger der Arbeitslosenversicherung (Art. 83.1 VO 574/72).

1	Arbeitsloser		Versicherungs-Nr.: .....
1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69 VO 1408/71 ab seiner Eintragung bei der Arbeitsverwaltung des Landes, in dem er Arbeit sucht, Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann jedoch bereits ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes
der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Höchstdauer von ..... Tagen
aufgrund des Art. 69 VO 1408/71, jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer

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

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

4.3 Wöchentlicher Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (3) oder Ausübung einer selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme (4);

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6	Träger, der den Vordruck ausfüllt	
6.1	Bezeichnung:	
6.2	Anschrift (6):	
	.....	
6.3	Dienstsiegel	6.4 Datum: .....
		6.5 Unterschrift
		.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem Recht, belgischem Recht, und dem Recht des Vereinigten Königreichs ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(4) Dieser Umstand hat keine Einstellung der Leistungszahlung zur Folge, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger in Umlauf gesetzt wird.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/2 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Rückmeldung des im Land der Arbeitssuche aushelfenden Trägers der Arbeitslosenversicherung an den zuständigen Träger (Art. 83.3 VO 574/72).

1	Arbeitsloser		Versicherungs-Nr.: .....
1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69 VO 1408/71 ab seiner Eintragung bei der Arbeitsverwaltung des Landes, in dem er Arbeit sucht, Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann jedoch bereits ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Höchstdauer von ..... Tagen
aufgrund des Art. 69 VO 1408/71, jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer

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

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

4.3 Wöchentlicher Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (3) oder Ausübung einer selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme (4);

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6	Träger, der den Vordruck ausfüllt
6.1	Bezeichnung: .....
6.2	Anschrift (6): .....
	.....

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen.

7 Der Arbeitslose

7.1 hat sich am

..... als Arbeitssuchender gemeldet;

7.2 bezieht seit

..... Arbeitslosengeld.

8 Aushelfender Träger der Arbeitslosenversicherung im Land der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (6): .....

.....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem Recht, belgischem Recht, und dem Recht des Vereinigten Königreichs ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(4) Dieser Umstand hat keine Einstellung der Leistungszahlung zur Folge, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger in Umlauf gesetzt wird.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/3 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Mitteilung des aushelfenden Trägers der Arbeitslosenversicherung an den aushelfenden Träger der Krankenversicherung (Art. 26.2 VO 574/72).

1	Arbeitsloser		Versicherungs-Nr.: .....
1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69 VO 1408/71 ab seiner Eintragung bei der Arbeitsverwaltung des Landes, in dem er Arbeit sucht, Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann jedoch bereits ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Höchstdauer von ..... Tagen,
aufgrund des Art. 69 VO 1408/71, jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

4.3 Wöchentlicher Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (3) oder Ausübung einer selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme (4);

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6	Zuständiger Träger der Arbeitslosenversicherung
6.1	Bezeichnung: .....
6.2	Anschrift (6): .....
	.....

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen und dem Vordruck E 119 beizufügen.

7 Der Arbeitslose

7.1 hat sich am

..... als Arbeitssuchender gemeldet;

7.2 bezieht seit

..... Arbeitslosengeld.

8 Aushelfender Träger der Arbeitslosenversicherung im Land der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift ([6]): .....

.....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

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

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

([2]) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

([3]) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem Recht, belgischem Recht, und dem Recht des Vereinigten Königreichs ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

([4]) Dieser Umstand hat keine Einstellung der Leistungszahlung zur Folge, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger in Umlauf gesetzt wird.

([5]) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 303/4 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG DER AUFRECHTERHALTUNG DES ANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN WEGEN ARBEITSLOSIGKEIT

VO 1408/71: Art. 69
VO 574/72: Art. 26.2; Art. 83.1,2,3; Art. 97

Rückmeldung und/oder Erstattungsabrechnung des aushelfenden an den zuständigen Träger der Arbeitslosenversicherung (Art. 97 VO 574/72).

1	Arbeitsloser		Versicherungs-Nr.: .....
1.1	Name	Vornamen	Mädchenname
	.....	.....	.....
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
	.....	.....	.....

2 Der Arbeitslose hat unter den Voraussetzungen des Art. 69 VO 1408/71 ab seiner Eintragung bei der Arbeitsverwaltung des Landes, in dem er Arbeit sucht, Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit.

3 Der Arbeitslose kann jedoch bereits ab ..... Leistungen beziehen,
wenn er sich bis zum ..... bei der Arbeitsvermittlung (2) des Landes
der Arbeitssuche gemeldet hat.

4 Der Arbeitslose hat Anspruch auf Leistungen für eine Höchstdauer von ..... Tagen,
aufgrund des Art. 69 VO 1408/71, jedoch nicht länger als bis zum .....

4.1 Die Leistungen werden für alle Wochentage gewährt, außer
[ ] Montag [ ] Dienstag [ ] Mittwoch [ ] Donnerstag [ ] Freitag [ ] Samstag [ ] Sonntag

4.2 Höhe des täglichen Arbeitslosengeldes:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto,
und vom ..... an:
..... netto, davon Familienzuschläge: ..... netto.

4.3 Wöchentlicher Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit: ..... netto.

5 Umstände, bei deren Eintritt die Zahlung der Leistungen vorläufig einzustellen ist (Art. 83.1.e und Art. 83.3 VO 574/72):

5.1 — Aufnahme einer Vollbeschäftigung (3) oder Ausübung einer selbständigen Tätigkeit;

5.2 — Gelegenheitsverdienst aus einer unter 5.1 nicht erfaßten Beschäftigung (in diesem Fall ist die Leistung vorläufig für die Anzahl der Tage einzustellen, für die Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht);

5.3 — Ablehnung eines Arbeitsangebotes oder Ablehnung, der Vorladung eines Arbeitsamtes zu folgen;

5.4 — Ablehnung eines Angebotes zur Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Bildung oder Vernachlässigung der Teilnahme (4);

5.5 — Der Arbeitslose unterwirft sich nicht/nicht mehr der Kontrolle;

5.6 — Der Arbeitslose ist dauernd arbeitsunfähig (5);

5.7 — Der Arbeitslose ist vorübergehend arbeitsunfähig. (Die Leistungsgewährung entfällt bis zur erneuten Meldung);

5.8 — Der Arbeitslose steht der Arbeitsvermittlung nicht/nicht mehr zur Verfügung;

5.9 — Verringerung der Anzahl oder Erzielung von Einkommen der in E 302 genannten Art von Familienangehörigen, für die Familienzuschläge gezahlt werden. (Die Leistung ist nur in Höhe der Familienzuschläge einzustellen.)

6	An den zuständigen Träger	
6.1	Bezeichnung:	.....
6.2	Anschrift (6):	.....
	.....	

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen.

7 Aufgrund der vorstehenden Bescheinigung sind folgende Beträge gezahlt worden:

Die Zahlungen beziehen sich auf folgende Zeiten		Zahl der Tage mit Leistungs-zahlung	Tag der Auszahlung	Angewendeter Umrechnungs-kurs	Tages-betrag in .... (7)	Tages-betrag in .... (8)	Gesamtbetrag ausgezahlt in .... (8)
vom	bis						
1	2	3	4	5	6	7	8
						Insgesamt	

Begründung für das Ruhen oder die Einstellung der Zahlungen

.....

.....

8 Aushelfende Träger der Arbeitslosenversicherung im Land der Arbeitssuche

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Anschrift (6): .....

.....

8.3 Dienstsiegel

8.4 Datum: .....

8.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der zuständige Träger des letzten Beschäftigungslandes füllt den vollständigen Vordruck-Satz E 303/0, E 303/1, E 303/2, E 303/3 und E 303/4 aus, soweit er von ihm auszufüllen ist, behält Blatt E 303/0 bei sich und händigt dem Arbeitslosen den vollständigen Satz E 303/1 bis E 303/5 aus oder übersendet ihn gegebenenfalls dem für Arbeitslosenversicherung zuständigen Träger des Ortes, wo der Arbeitslose eine Beschäftigung sucht.

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

(2) In den Niederlanden und in Italien ist zusätzlich eine Meldung (Antragstellung) beim Träger der Arbeitslosenversicherung erforderlich.

(3) Vollbeschäftigung nach italienischem Recht ist eine Beschäftigung, die länger als fünf Tage dauert. Vollbeschäftigung nach niederländischem Recht, belgischem Recht und dem Recht des Vereinigten Königreichs ist eine Beschäftigung, die mindestens einen vollen normalen Arbeitstag dauert.

(4) Dieser Umstand hat keine Einstellung der Leistungszahlung zur Folge, wenn die Bescheinigung von einem dänischen Träger in Umlauf gesetzt wird.

(5) Ist die Bescheinigung von einem deutschen oder luxemburgischen Träger ausgestellt, so gehört hierzu auch die Bewilligung einer Rente wegen Alters oder Invalidität.

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

(7) Währung des Staates, der den E 303 ausstellt.

(8) Währung des Staates, in dem der Arbeitslose Arbeit sucht.

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

Sie wollen in einen anderen Mitgliedstaat reisen, um dort Arbeit zu suchen.

Vor Ihrer Abreise

sollten Sie sicherstellen, daß Sie und Ihre Familienangehörigen auch während Ihrer Arbeitssuche nötigenfalls Leistungen aus der Krankenversicherung erhalten.

Suchen Sie bitte zu diesem Zweck die Krankenkasse auf, bei der Sie versichert sind oder zuletzt versichert waren. Bei Vorlage der Bescheinigung E 303, die Sie vom Arbeitsamt erhalten haben, stellt Ihnen die Krankenkasse eine Bescheinigung mit der Bezeichnung „E 119" aus. Diese Bescheinigung legen Sie bitte im Krankheitsfall der Krankenkasse im Lande Ihrer Arbeitssuche vor.

Nach Ihrer Ankunft

am Ort der Arbeitssuche melden Sie sich bitte sofort bei der Arbeitsvermittlung (in Italien und in den Niederlanden zusätzlich bei der Dienststelle der Arbeitslosenversicherung (1) und geben dort alle in Ihrem Besitz befindlichen Exemplare des Vordrucks E 303 ab, außer E 303/5, den Sie behalten.

Lesen Sie bitte im Vordruck E 303 nach, bis zu welchem Tag Sie sich melden müssen, wenn Sie auch für die Zeit seit Ihrer Abmeldung Arbeitslosengeld haben möchten.

Während Ihrer Arbeitssuche

unterliegen Sie denselben Kontrollen der Arbeitsvermittlung und der Arbeitslosenversicherung wie die anderen Arbeitslosen dieses Ortes. Änderungen in den Verhältnissen, die für Ihren Anspruch auf Arbeitslosengeld bedeutsam sein können, müssen Sie dort anzeigen, wo Sie Ihre Bescheinigung E 303 abgegeben haben; dies gilt auch während einer Arbeitsunfähigkeit.

Kann die Änderung zu einer Erhöhung des Anspruchs führen (z. B. Eheschließung oder Geburt eines Kindes), können Sie die Anzeige zusammen mit geeigneten Beweismitteln auch unmittelbar an das Arbeitsamt richten, das Ihre Bescheinigung E 303 ausgestellt hat.

Kehren sie vor Ablauf des Zeitraums, der auf dem Ihnen ausgestellten Vordruck E 303 unter Nummer 4 angegeben ist, in Ihr letztes Beschäftigungsland zurück, so können Sie Leistungen wegen Arbeitslosigkeit nach den in diesem Land geltenden Voraussetzungen weiterbeziehen. Die Zeiten, in denen in dem Land, in das Sie sich auf Arbeitssuche begeben haben, Leistungen wegen Arbeitslosigkeit gezahlt wurden, müssen jedoch der Arbeitsverwaltung und der Arbeitslosenversicherung Ihres letzten Beschäftigungslandes gemeldet werden. Sie müssen sich also vor der Rückkehr in Ihr letztes Beschäftigungsland vom Arbeitsamt die am Ende dieses Vordrucks abgedruckte Bescheinigung ausstellen lassen, auf der gegebenenfalls die Zeiten aufgeführt sind, für die Sie Leistungen in dem Land bezogen haben, in das Sie auf Arbeitssuche gegangen sind. Sollten Sie diese Leistungen nicht oder nur teilweise erhalten haben, so können Sie eine Vertrauensperson beauftragen, die Ihnen geschuldeten Beträge entgegenzunehmen. Eine derartige Möglichkeit besteht nicht im Vereinigten Königreich, auch nicht für die im Vereinigten Königreich gewährten Leistungen.

Kehren Sie nach Ablauf des Zeitraums, der auf dem Ihnen ausgestellten Vordruck E 303 unter Nummer 4 angegeben ist, in Ihr letztes Beschäftigungsland zurück, verlieren Sie dort jeden Anspruch auf diese Leistungen.

Ist Ihre verspätete Rückkehr durch außergewöhnliche Umstände bedingt, kann das Amt das Ihnen den Vordruck E 303 ausgestellt hat, jedoch beschließen, Sie nach Ihrer Rückkehr wieder in Ihre Rechte in bezug auf Leistungen einzusetzen.

---

(1) Diese Dienststellen sind in:
Belgien: die örtlichen Dienststellen des „Office national de l'emploi (Staatliches Arbeitsamt);
Dänemark: das „Arbejdsformidlingskontor" (Arbeitsamt)
Deutschland: das „Arbeitsamt";
Griechenland: die Ortsstellen des „Organismos Apascholiseos Ergatikou Dynamikou"; — OAED (Staatliche Anstalt für Arbeitsvermittlung) bzw., sofern eine solche nicht besteht, die Ortsstellen des IKA;
Frankreich: die örtliche „Agence de l'emploi" (Arbeitsamt);
Irland: das nächstgelegene „Local Office of the Department of Social Welfare" (Örtliche Dienststelle des Ministeriums für Sozialfürsorge);
Italien: das „Ufficio provinciale del Lavoro" (Provinzarbeitsamt) und die INPS-Provinzialgeschäftsstelle;
Luxemburg: die Administration de l'emploi (Arbeitsverwaltung);
den Niederlanden: das „Gewestelijk Arbeidsbureau" (Bezirksarbeitsamt) und die Bezirksstelle des „Gemeenschappelijk Administratiekontoor (Gemeinsame Verwaltungsstelle);
Vereinigtes Königreich: das örtliche „Employment Exchange" (Arbeitsamt).

E 303/5

Vom Träger des Landes der Arbeitssuche auszufüllen

1 Arbeitsloser

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

1.2 Geburtsdatum: .....

2 E 303 vom ..... ausgestellt vom Träger

2.1 (Bezeichnung): .....

2.2 (Anschrift): .....

3 Aufgrund dieses E 303

3.1 wurden Leistungen wegen Arbeitslosigkeit für folgende Zeiten gezahlt:

vom	bis	Zahl der Tage
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3.2 wurden Leistungen wegen Arbeitslosigkeit für folgende Zeiten nicht gezahlt:

vom	bis	Zahl der Tage
.....	.....	.....
.....	.....	.....

und zwar aus nachstehenden Gründen (z. B. Ende des Zeitraums; Wiederbeschäftigung; Krankheit; Rückkehr nach ..... usw.):

.....

.....

4 Träger des Landes der Arbeitssuche

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift: .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 401 ☐ (1)

FAMILIENSTANDSBESCHEINIGUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71; Art. 73.1; Art. 74.1; Art. 77; Art. 78;
VO 574/72: Art. 86.2; Art. 88; Art. 90; Art. 91; Art. 92

Dieser Vordruck ist einem an den für Kindergeld zuständigen Träger zu richtenden Antrag beizufügen.

1

☐ Arbeitnehmer
☐ Waise
☐ Rentenempfänger (Arbeitnehmersystem)
☐ Rentenempfänger (Selbständigensystem)

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ dauernd getrennt lebend

1.4 Anschrift im Wohnland der Familienangehörigen (2): .....

.....

2 Ehegatte

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Beruf: .....

2.4 Anschrift (2): .....

.....

3 Familienangehörige außer Ehegatte

	Name	Vornamen	Geburts-datum	Verwandt-schaftsver-hältnis (3)	Wohnort (4)	Beruf
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

3.1 Bemerkungen: .....

4 Angaben, die nur für die dänischen Träger zu machen sind

4.1 *Die väterliche Gewalt ausübende Person:*

.....

4.2 Der Unterhalt der Kinder ☐ wird ☐ wird nicht
aus Mitteln der öffentlichen Hand bestritten.

4.3 Die Mutter der Kinder ☐ ist verstorben ☐ ist nicht verstorben.
Wenn ja, Todestag: .....

4.4 Die Mutter oder der Vater der Kinder ☐ bezieht ☐ bezieht keine
Alters- bzw. Invaliditätsrente.

5 Bescheinigung des Einwohnermeldeamts oder einer anderen für Personenstandsangelegenheiten zuständigen Behörde oder Dienststelle (5)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird aufgrund der hier vorliegenden amtlichen Unterlagen bestätigt.

5.1 Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle (2): .....

.....

5.2 Stempel

5.3 Datum: .....

5.4 Unterschrift

.....

6 Für die Gewährung von Familienleistungen (Kindergeld) zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: .....

6.2 Anschrift (2): .....

.....

6.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er ist in der Sprache der in Feld 5 bezeichneten Behörde auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien: DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Das Verwandtschaftsverhältnis jedes Familienangehörigen zum Arbeitnehmer ist mit folgenden Buchstaben zu kennzeichnen:
A = eheliches Kind
B = für ehelich erklärtes Kind
C = an Kindesstatt angenommenes Kind
D = nichteheliches Kind (Falls die Bescheinigung für einen männlichen Arbeitnehmer ausgefüllt wird, sind nichteheliche Kinder nur dann zu erwähnen, wenn die Vaterschaft oder die Unterhaltspflicht des Betreffenden amtlich festgestellt wurde).
E = Stiefkind, das im Haushalt des Arbeitnehmers lebt
F = Enkel, Bruder und Schwestern, die der Arbeitnehmer in seinen Haushalt aufgenommen hat
G = Sonstige Kinder, die dauernd wie eigene Kinder im Haushalt des Arbeitnehmers leben (Pflegekinder).
Andere Verwandtschaftsverhältnisse (z. B. Großvater) sind voll auszuschreiben.
Ist ein Kind verheiratet, geschieden oder verwitwet, so ist dies in 3.1 „Bemerkungen" anzugeben.

(4) Falls ein Kind nicht die gleiche Anschrift hat, wie sie unter 2.4 angegeben ist, so ist diese andere Anschrift im nachstehenden Feld anzugeben:

Name und Vornamen: .....

Anschrift (2): .....

.....

(5) In Frankreich, der Bürgermeister oder die „Caisse d'allocations familiales" (Kindergeldkasse);
in Irland, das „Department of Social Welfare" (Ministerium für Soziale Vorsorge) in Dublin;
im Vereinigten Königreich, das „Department of Health and Social Security, Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. das „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 402 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE FORTSETZUNG DER SCHUL- ODER HOCHSCHULAUSBILDUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1; Art. 74.1; Art. 77; Art. 78
VO 574/72: Art. 86; Art. 88; Art. 90; Art. 91; Art. 92

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung der Familienzulagen (Kindergeld) zuständigen Träger auszufüllen. Ist der Vordruck für einen belgischen Träger bestimmt, ist Vordruck „E 402 Anlage" beizufügen.

1 Person, die die Familienleistungen beantragt

- [ ] Arbeitnehmer
- [ ] Waise
- [ ] Person, die sie in anderer Eigenschaft beantragt
- [ ] Rentenempfänger (Arbeitnehmersystem)
- [ ] Rentenempfänger (Selbständigensystem)

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....
.....

2 Schüler bzw. Studierender

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (2): .....
.....

3 Für die Kindergeldgewährung zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....
.....

3.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....

3.4 Stempel

3.5 Datum: .....

3.6 Unterschrift
.....

B. Bescheinigung

Von der Schule, Hochschule oder Universität auszufüllen und dem in Feld 3 genannten Träger zu übersenden.

4

4.1 Der in Feld 2 Genannte besucht die nachstehend bezeichnete Anstalt seit dem .....

4.2 Art der Schule ([3]): .....

4.3 Die Ausbildung in dieser Anstalt dauert voraussichtlich bis .....

4.4 Die Ausbildung umfaßt ..... Wochenstunden.
Diese Stunden verteilen sich auf ..... Halbtage ([4]).

5 Schule — Hochschule — Universität

5.1 Bezeichnung: .....

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

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben. Er ist in der Sprache der in Feld 5 bezeichneten Anstalt auszufüllen.

ANMERKUNGEN

([1]) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

([3]) Anzugeben ist, ob es sich um eine öffentliche oder private oder staatlich beaufsichtigte Schule handelt. Nur auszufüllen, wenn der in Feld 3 bezeichnete Träger ein Träger des Vereinigten Königreichs ist.

([4]) Nur auszufüllen, wenn der Vordruck für einen belgischen Träger bestimmt ist; die Anzahl der Halbtage ist anzugeben, wenn es sich um eine Grund- oder Höhere Schulausbildung handelt.

Hinweise und Anmerkungen siehe E 402 Seite 2

E 402 Anlage ☐ (1)

Auszufüllen, wenn das Kindergeld bei einem belgischen Träger beantragt wird.

1 Angaben zum Unterricht in der Lehranstalt (außer Hochschulen und Universitäten)

1.1 Auf wie viele Halbtage und wie viele Wochenstunden ist der Unterricht verteilt?
Wochen-Halbtage ..... Wochen-Stunden .....

1.2 Der Unterricht ☐ findet ☐ findet nicht vor 19 Uhr statt.

1.3 Der Schüler ☐ nimmt ☐ nimmt nicht regelmäßig am Unterricht teil
Wenn nicht, Zahl der Abwesenheitstage und Gründe dafür angeben:
.....

1.4 Der oben unter 1 erwähnte Unterricht
a) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine
Praktikantenstunden, die für den Erwerb eines amtlichen Diploms erforderlich sind.
Wenn ja, das monatliche Nettogehalt oder die monatliche Nettovergütung angeben: .....
b) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine
Stunden für praktische Übungen in der Anstalt.
Wenn ja, Zahl der Stunden pro Woche angeben: .....
c) ☐ umfaßt ☐ umfaßt keine
wöchentlichen Stunden zur Ausbildung in der Lehranstalt.
Wenn ja, Zahl der wöchentlichen Stunden angeben: .....

1.5 Art des Unterrichts:
☐ Allgemeinbildung ☐ Fachunterricht ☐ Kunstunterricht

1.6 Der Lehrplan
☐ ist ☐ ist nicht staatlich anerkannt.
☐ entspricht einem ☐ entspricht keinem staatlich anerkannten Lehrplan.

1.7 Ferienzeiten:
— Weihnachtsferien: vom ..... bis .....
— Osterferien: vom ..... bis .....
— Sommerferien: vom ..... bis .....

2 Ausbildung an der Hochschule oder Universität

2.1 ☐ Es ist ein ☐ Es ist kein Vollzeitstudium.
☐ Es ist ☐ Es ist nicht ein von dem Studenten mit Zustimmung der Universitäts- oder Hochschulbehörde zusammengestelltes Studienprogramm mit wenigstens 13 Wochenstunden.

2.2 Die Vorlesungen ☐ beginnen ☐ beginnen nicht vor 19 Uhr.

2.3 Die unter 2.1 genannten Lehrgänge
☐ umfassen ☐ umfassen keine
Praktikantenstunden, die für den Erwerb eines amtlichen Diploms erforderlich sind.
Wenn ja, Nettobetrag der bezogenen monatlichen Entgelte oder Entschädigungen angeben: .....

2.4 Der Student ☐ bereitet ☐ bereitet keine
Abschlußarbeit vor.
Wenn ja,
— seit welchem Tage? .....
— bis zu welchem Tage hat er seine Arbeit vorzulegen? .....

2.5 Das Studium
☐ ist ☐ ist nicht staatlich anerkannt.
☐ entspricht ☐ entspricht nicht einem staatlich anerkannten Studium.

2.6 Ferienzeiten:
— Weihnachtsferien: vom ..... bis .....
— Osterferien: vom ..... bis .....
— Sommerferien: vom ..... bis .....

E 402 Anlage

3	Schule, Hochschule, Universität

3.1 Bezeichnung: .....

.....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 403 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG DER BETRIEBLICHEN AUSBILDUNG FÜR DIE GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1; Art. 74.1; Art. 77; Art. 78
VO 574/72: Art. 86; Art. 88; Art. 90; Art. 91; Art. 92

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung von Kindergeld zuständigen Träger auszufüllen.

1 Person, die die Familienleistungen beantragt

- ☐ Arbeitnehmer
- ☐ Waise
- ☐ Person, die sie in anderer Eigenschaft beantragt
- ☐ Rentenempfänger (Arbeitnehmersystem)
- ☐ Rentenempfänger (Selbständigensystem)

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift im Wohnland des Auszubildenden (2): .....
.....

2 Auszubildender

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (2): .....
.....

3 Für Kindergeldgewährung zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....
.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift
.....

B. Bescheinigung

Vom Lehrherrn auszufüllen und an die mit der Überwachung der Ausbildung beauftragte Stelle weiterzuleiten, von der sie dem in Feld 3 genannten Träger zu übersenden ist.

4 Angaben zur Ausbildung

4.1 Der in Feld 2 genannte Auszubildende trat/tritt
am .....
seine Ausbildung zum ..... an.

4.2 Die Ausbildung erfolgt: ☐ an ..... Tagen je Woche ☐ ..... Stunden je Woche
und dauert bis: .....

4.3 Der Auszubildende

☐ erhält
- ☐ als Ausbildungsvergütung oder ☐ Nettolohn ☐ Bruttolohn
  - ☐ wöchentlich ☐ monatlich: .....
- ☐ sonstige Vergünstigungen (3)
  - ☐ Unterkunft ☐ volle Beköstigung ☐ Teilbeköstigung
  - ☐ Trinkgelder ☐ ..... Mahlzeiten am Tag ☐ andere (4)

vom ..... bis ..... im Wert von: .....

☐ erhält keine
- ☐ Ausbildungsvergütung oder Lohn ☐ sonstige Vergünstigungen.

4.4 Ausbildungsstätte: .....

4.5 Name der mit der Ausbildung beauftragten Person, Firma oder Anstalt:
.....

4.6 Anschrift (2): .....
.....

4.7 Stempel

4.8 Datum: .....

4.9 Unterschrift
.....

5 Sichtvermerk der mit der Überwachung der Ausbildung beauftragten Stelle (5)

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....
.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Er ist in der Sprache des in Feld 5 genannten Trägers auszufüllen. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) Für die Träger des Vereinigten Königreichs sind die Beträge der sonstigen Vergünstigungen nachstehend im einzelnen anzugeben:

Unterkunft: ..... Andere Leistungen: .....
Volle Beköstigung: .....
Teilbeköstigung .....
Trinkgelder: .....
Mahlzeiten: .....

(4) Nähere Angaben über diese „anderen" Vergünstigungen im nachstehenden Feld:

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

(5) Dieses Feld ist auszufüllen:
In Irland vom „Departement of Social Welfare" (Ministerium für Sozialordnung) in Dublin, wenn die „Industrial Training Authority" (Behörde für gewerbliche Ausbildung) für die Überwachung der Ausbildung nicht zuständig ist;
Im Vereinigten Königreich, vom „Department of Health and Social Security — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit — Abt. Übersee) in Newcastle-upon-Tyne bzw. vom „Ministry of Health and Social Services — Overseas Branch" (Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste — Abt. Übersee) in Belfast.

B. Bescheinigung

Von dem von der Verbindungsstelle (3) des Wohnlandes des zu Untersuchenden bezeichneten Arzt auszufüllen und an den in Feld 3 bezeichneten Träger weiterzuleiten.

4

4.1 a) Die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des/der Untersuchten
☐ sind vermindert ☐ sind nicht vermindert.
Wenn ja, Grad der Minderung angeben: ..... v. H.

b) Der/Die Untersuchte ☐ ist imstande, seinen/ihren Lebensunterhalt zu verdienen
☐ ist seinen/ihren Lebensunterhalt wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande zu verdienen.

c) Die Untersuchte ☐ ist ☐ ist keine Hausfrau
Wenn ja: ☐ sie ist ☐ sie ist nicht imstande, ihren Haushalt zu führen.

d) Sonstige Bemerkungen:
.....
.....
.....

e) Gesundheitlicher Zustand des/der Untersuchten:
.....
.....
.....

4.2 Beginn des Gebrechens oder der Krankheit (möglichst genaue Angaben):
.....

4.3 Voraussichtliche Dauer: .....

4.4 a) Eine weitere Untersuchung ☐ ist erforderlich ☐ ist nicht erforderlich

b) Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: .....

5

5.1 Name und Vorname des Arztes: .....

5.2 Anschrift (2): .....
.....

5.3 Datum: .....

5.4 Unterschrift
.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift und in der Sprache des Arztes auszufüllen, der die Bescheinigung ausstellt. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) oder von dem Arzt der von der Verbindungsstelle bezeichneten Kasse.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 404 [ ] (1)

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR GEWÄHRUNG VON FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.1 und 3; Art. 74.1; Art. 77; Art. 78
VO 574/72: Art. 86; Art. 88; Art. 90; Art. 91; Art. 92

A. Bescheinigungsersuchen

Von dem für die Gewährung der Familienleistungen (Kindergeld) zuständigen Träger auszufüllen.

1 Person, die die Familienleistungen beantragt

- ☐ Arbeitnehmer
- ☐ Waise
- ☐ Person, die sie in anderer Eigenschaft beantragt
- ☐ Rentenempfänger (Arbeitnehmersystem)
- ☐ Rentenempfänger (Selbständigensystem)

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....
.....

2 Person, über die die ärztliche Bescheinigung auszustellen ist

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

2.3 Anschrift (2): .....
.....

3 Für die Gewährung der Familienleistungen (Kindergeld) zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....
.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift
.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 405 ☐ (1)

FAMILIENLEISTUNGEN ODER -BEIHILFEN IM FALLE AUFEINANDERFOLGENDER BESCHÄFTIGUNGEN IN MEHREREN MITGLIEDSTAATEN ZWISCHEN DEN IN DEN RECHTSVORSCHRIFTEN DIESER STAATEN VORGESEHENEN FÄLLIGKEITSDATEN

VO 1408/71: Art. 12; Art 72
VO 574/72: Art. 10a; Art. 85.2, 3

Diese Bescheinigung wird dem Versicherten auf Antrag ausgestellt. Ggf. wendet sich der zuständige Träger, um sie zu erhalten, an den Träger, bei dem der Betreffende zuletzt versichert war.

A. Von dem für den Versicherten für die Gewährung von Familienleistungen oder -beihilfen zuständigen Träger auszufüllen.

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

1.4 Anschrift (2): .....
.....

2 Berechtigter Empfänger der Familienleistungen oder -beihilfen

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift (2): .....
.....

3 Für den Versicherten zuletzt aufgrund einer abhängigen Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit zuständiger Träger

3.1 Bezeichnung: .....
3.2 Anschrift (2): .....
.....

4 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Anschrift (2): .....
.....

5 Für den Versicherten jetzt zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....
5.2 Anschrift (2): .....
.....
5.3 Geschäftszeichen (Kindergeldnummer): .....
5.4 Stempel

5.5 Datum: .....
5.6 Unterschrift
.....

B. Von dem für den Versicherten für die Gewährung von Familienleistungen oder -beihilfen zuletzt zuständigen Träger auszufüllen.

6

6.1 Der in Feld 1 Genannte war

6.2 vom ..... bis ..... (3).....

6.3 in (4) ..... versichert.

6.4 ☐ Er hat Anspruch ☐ Er hat keinen Anspruch auf Familienleistungen oder -beihilfen.

6.5 Familienleistungen bzw. -beihilfen wurden gewährt

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

7 Für den Versicherten zuletzt aufgrund einer abhängigen Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit zuständiger Träger

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

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

(3) a) Für griechische Träger Angabe der Anzahl Arbeitstage, die im Kalenderjahr vor dem, in dem die Familienleistungen oder -beihilfen beantragt werden, geleistet wurden.

b) Für belgische Träger nachstehend Angabe der Anzahl Tage in abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit.

Anzahl Tage abhängige Beschäftigung	.....
Anzahl Tage selbständige Tätigkeit:	.....

(4) Land, in dem diese Tätigkeit ausgeübt wurde.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 beachten!

E 406 **F** (1)

ANTRAG AUF FAMILIENBEIHILFEN VON ARBEITNEHMERN, FÜR DIE DIE FRANZÖSISCHEN RECHTSVORSCHRIFTEN GELTEN UND DEREN FAMILIEN IN EINEM ANDEREN MITGLIEDSTAAT ALS FRANKREICH WOHNEN

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2; Art. 75.2.b; Art. 76
VO 574/72: Art. 87.1

Dieser Antrag ist von dem Arbeitnehmer bei der französischen Kindergeldkasse, die für ihn aufgrund seiner Beschäftigung zuständig ist, in zweifacher (wenn die Familienangehörigen in Griechenland oder Italien(2) wohnen, in dreifacher) Ausfertigung unmittelbar einzureichen.

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ arbeitsloser Arbeitnehmer

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift in Frankreich (3): .....

.....

1.4 Beruf (4): .....

1.5 Tag der Ankunft in Frankreich: .....

2 Berechtigter Kindergeldempfänger

Ich erkäre hiermit, daß die nachgenannte Person für den Unterhalt meiner Familienangehörigen sorgt, und beantrage, ihr das Kindergeld auszuzahlen.

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitnehmer: .....

2.4 Bezeichnung im Falle einer juristischen Person: .....

2.5 Anschrift (3): .....

.....

2.6 Datum: .....

2.7 Unterschrift

.....

2.8 Bezeichnung und Anschrift des Trägers, der den Familienangehörigen das Kindergeld an ihrem Wohnort auszahlen muß (3):

.....

.....

3 Unterhaltsberechtigte Familienangehörige

	3.1 Name	3.2 Vornamen	3.3 Geburtsdatum
1)	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....

	3.4 Verwandtschaftsverhältnis	3.5 Wohnort	3.6 Bemerkungen
1)	([5])	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....
9)	.....	.....	.....

3.7 Ich versichere, daß kein Kindergeldanspruch aufgrund einer beruflichen Tätigkeit nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes meiner Familienangehörigen besteht.

3.8 Datum: .....

3.9 Unterschrift

.....

4 ([6]) Ggf. Einkünfte der Familienangehörigen (Art und monatl. Betrag, einschl. Sozialleistungen)

Lfd. Nr. ([5])	Familien-angehöriger	Art der Einkünfte	Betrag
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5

5.1 Haben Sie während des Monats der Ankunft in Frankreich in einem anderen Mitgliedstaat eine entgeltliche Beschäftigung ausgeübt und ist noch kein Vordruck E 405 ausgestellt, so sind anzugeben:

5.2 die Beschäftigungszeit: .....

5.3 Bezeichnung und Anschrift ([3]) des für Sie zuständigen Kindergeldträgers:

.....

.....

5.4 Kindergeldnummer bei diesem Träger: .....

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift

.....

6	Bescheinigung des Arbeitgebers

6.1 Name oder Firma: .....

6.2 Wirtschaftszweig (7): .....

6.3 Anschrift (3): .....

.....

6.4 Beschäftigungsbeginn: .....

6.5 Der Arbeitnehmer ☐ hat einen ☐ hat keinen Saisonarbeitervertrag.

6.6 Wenn ja, Vertragsdauer angeben: .....

6.7 Datum: .....

6.8 Unterschrift

.....

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, ausgelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.

Hinweis für den Versicherten

Arbeitnehmer, für die die französischen Rechtsvorschriften gelten, und arbeitslose Arbeitnehmer, die Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu Lasten Frankreichs beziehen, haben für ihre Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als Frankreich leben, Anspruch auf Kindergeld nach den Rechtsvorschriften des Wohnlandes ihrer Familienangehörigen. Das Kindergeld wird den Familienangehörigen von dem dafür zuständigen Träger ihres Wohnlandes gegen Vorlage einer vom französischen Kindergeldträger auszustellenden Bescheinigung E 407 gezahlt.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, dessen Rechtsvorschriften für den Arbeitnehmer gelten: F = Frankreich.

(2) Für griechische und italienische Träger ist eine Ausfertigung des Vordrucks E 406 dem Vordruck E 407 beizufügen.

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

(4) Für die italienischen Träger ist anzugeben, ob der Betreffende „Arbeiter" oder „Angestellter" ist.

(5) Eintragung unter der gleichen laufenden Nummer wie oben.

(6) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen in Italien wohnen.

(7) Beschäftigte in Handel und Gewerbe und der freien Berufe (leitende Angestellte, Angestellte, Arbeiter), Berufsjournalisten, bei Versicherungsgesellschaften Beschäftigte, Beschäftigte der Kreditanstalten, in handwerklichen Berufen Beschäftigte, in der Landwirtschaft Beschäftigte.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 407 **F** (1)

BESCHEINIGUNG VON BESCHÄFTIGUNGS- UND ARBEITSLOSENGELD-ZEITEN IN FRANKREICH FÜR DIE GEWÄHRUNG VON KINDERGELD AN DIE IN EINEM ANDEREN STAAT ALS FRANKREICH LEBENDEN FAMILIENANGEHÖRIGEN DES ARBEITSNEHMERS ODER ARBEITSLOSEN ARBEITNEHMERS

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2
VO 574/72; Art. 87.1 bis 5; Art. 89.1

Diese Bescheinigung ist dem Arbeitnehmer oder arbeitslosen Arbeitnehmer vom zuständigen französischen Kindergeldträger auszustellen oder von diesem ggf. dem Träger des Wohnorts der Familienangehörigen zu übersenden. Der Arbeitnehmer oder Arbeitslose muß sie seinen Familienangehörigen zusenden, die sie ihrerseits der Kindergeldkasse für ihrer Wohnort vorzulegen haben. Wohnen die Familienangehörigen in Irland oder im Vereinigten Königreich, so ist diese Bescheinigung dem in diesen Ländern für den Wohnort der Familienangehörigen zuständigen Träger unmittelbar einzusenden. Für ständig Beschäftigte gilt die Bescheinigung drei Monate, vorbehaltlich Widerruf, für Saisonarbeiter gilt sie, vorbehaltlich Widerruf, für die Dauer des Arbeitsvertrags.

1

☐ Arbeitnehmer ☐ Arbeitsloser Arbeitnehmer Versicherungsnummer:
☐ Saisonarbeiter .....

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....

2 Natürliche oder juristische Person, an die das Kindergeld gezahlt werden soll

2.1 Name und Vornamen oder Bezeichnung ..... Geschlecht ..... Mädchenname .....

2.2 Anschrift (2): .....

3 Kindergeldkasse des Wohnorts der Familienangehörigen KG-Nr.: .....

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....

4 Anspruchsbestätigung

Der in Feld 1 Genannte

4.1 ☐ hat in Frankreich die Beschäftigungsvoraussetzungen erfüllt, aufgrund deren er, vorbehaltlich Widerruf, Kindergeld erhalten kann für die Monate

....

4.2 ☐ hat in Frankreich eine abhängige Beschäftigung ausgeübt, aufgrund deren er, vorbehaltlich Widerruf, Anspruch auf ..... (Bruchteil)
des monatlichen Kindergeldes hat, das ihm für die Monate ..... und .....
und in voller Höhe für die Monate ..... bis .....
einschließlich gezahlt werden kann.

4.3 ☐ ist Inhaber eines Saisonarbeitervertrages in Frankreich, der vom ..... bis .....
gilt und aufgrund dessen er Kindergeld in voller Höhe für die Monate ..... bis .....
einschließlich und anteiliges Kindergeld für die Monate ..... und .....
erhalten kann.

4.4 ☐ hat in der Zeit vom ..... bis .....
Arbeitslosengeld nach den französischen Rechtsvorschriften ..... Tage erhalten.

5 Zuständiger französischer Kindergeldträger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift
.....

E 407 F

HINWEISE

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

Ist der Vordruck für einen italienischen Träger bestimmt, ist eine Ausfertigung des Vordrucks E 406 beizufügen.

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.
(2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 408 ☐ (1)

AUSKUNFTERSUCHEN

VO 1408/71: Art. 73.2
VO 574/72: Art. 87.1; Art. 87.6 zweiter Unterabsatz; Art. 89.2

Der Träger des Wohnorts der Familienangehörigen kann dieses Ersuchen jederzeit an den für den Arbeitnehmer zuständigen französischen Träger richten.

A. Vom Träger des Wohnorts der Familienangehörigen auszufüllen

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser Arbeitnehmer

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift (2): .....
.....

2 Arbeitgeber

2.1 Name oder Firma: .....

2.2 Anschrift (2): .....
.....

3. Berechtigter Kindergeldempfänger im Wohnland

3.1 Name ..... Vornamen ..... Geschlecht .....

3.2 Anschrift (2): .....
.....

4 Gewünschte Auskunft

4.1 Bescheinigung der Beschäftigungszeiten (Art. 87.1 VO 574/72)
in der Zeit vom ..... bis ..... :
.....
.....

4.2 Sonstige Auskünfte über den Anspruch des Arbeitnehmers auf Kindergeld (Art. 87.3 VO 574/72)
.....
.....

5 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....
.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift
.....

B. Vom zuständigen französischen Träger auszufüllen

6	Auskunfterteilung

6.1 ☐ Antwort zu Nr. 4.1 s. beiliegenden Vordruck E 407

6.2 ☐ Antwort zu Nr. 4.2: .....

.....

.....

.....

7	Zuständiger französischer Träger

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

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 409 **F** (1)

ÜBERPRÜFUNG DER ERKLÄRUNG, DASS IM WOHNLAND DER FAMILIENANGEHÖRIGEN KEIN KINDERGELDANSPRUCH AUFGRUND EINER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT BESTEHT

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2
VO 574/72: Art. 87.1; Art. 87.6 dritter Unterabsatz

Dieser Vordruck ist von der französischen Kindergeldkasse zu verwenden, um gegebenenfalls die Richtigkeit der Erklärung des Familienvorstandes nachzuprüfen, daß im Wohnland seiner Familienangehörigen kein Kindergeldanspruch aufgrund einer beruflichen Tätigkeit besteht. Eine Ausführung des Vordrucks E 406 ist beizufügen.

A. Von dem für die Gewährung von Kindergeld zuständigen französischen Träger auszufüllen

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser Arbeitnehmer

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift in Frankreich (2): .....

.....

1.4 Bezug: E 406 vom .....

2 Ersuchen um:

2.1 ☐ Auskunft zu der Erklärung in Vordruck E 406 Ziffer 3.7 über die Person unter Nr. .....

2.2 ☐ Nachprüfung des Vordrucks E 406 vom ..... in bezug auf .....

.....

3 Französische Kindergeldkasse

3.1 Bezeichnung: .....

3.2 Anschrift (2): .....

.....

3.3 Stempel

3.4 Datum: .....

3.5 Unterschrift

.....

B. Von der am Wohnort der Familienangehörigen zuständigen Kindergeldkasse auszufüllen

4 Auskunft

4.1 ☐ Es besteht ein Anspruch ☐ Es besteht kein Anspruch
auf Kindergeld aufgrund einer beruflichen Tätigkeit im Wohnland der Familienangehörigen.

4.2 Folgende Familienangehörige sind anspruchsberechtigt:

.....

.....

5 Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

E 409 F

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem Teil „A" des Vordrucks ausgefüllt wird: F = Frankreich.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 410 **F** (1)

WIDERRUF DES ANSPRUCHS AUF FAMILIENBEIHILFEN (KINDERGELD)

VO 1408/71: Art. 73.2; Art. 74.2
VO 574/72: Art. 87.3,6; Art. 98.2

Der für die Familienbeihilfen zuständige Träger füllt den Vordruck aus und übersendet ihn dem Träger des Wohnorts der Familienangehörigen.

1 An die Kindergeldkasse

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

1.3 Bezug: E 407 vom .....

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Saisonarbeiter ☐ Arbeitsloser Arbeitnehmer

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

2.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

2.3 Anschrift in Frankreich (2): .....

.....

3

3.1 Der Obengenannte

3.2 ☐ hat die beschäftigungsmäßigen Voraussetzungen für den Bezug von Kindergeld

während des Monats ..... nicht erfüllt. (Art. 87.6 VO 574/72)

3.3 ☐ ist nicht mehr berufstätig seit dem ..... (3)

3.4 ☐ hat seinen Saisonarbeitervertrag unterbrochen, und zwar

seit dem ..... (Art. 87.3 VO 574/72)

3.5 ☐ ist verzogen nach (4) .....

seit dem ..... (Art. 87.6 VO 574/72)

4 Zuständiger französischer Träger

4.1 Bezeichnung: .....

4.2 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: F = Frankreich.
(2) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land.
(3) Auszufüllen, wenn der Vordruck für einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
(4) Angabe des Landes.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 411 [ ] (1)

ANFRAGE BETREFFEND DEN ANSPRUCH AUF FAMILIENLEISTUNGEN (KINDERGELD) IN DEM MITGLIEDSTAAT, IN DEM DIE FAMILIENANGEHÖRIGEN WOHNEN

VO 1408/71: Art. 76
VO 574/72: Art. 10

A. Bescheinigungsersuchen

Der für die Gewährung der Familienleistungen im Mitgliedstaat der Beschäftigung des Arbeitnehmers zuständige Träger, der zu erfahren wünscht, ob in dem Mitgliedstaat, in dem die Familienangehörigen wohnen, ein Anspruch auf Familienleistungen besteht, füllt diesen Teil A in 2 Ausfertigungen aus und schickt diese an die Verbindungsstelle für Familienleistungen des Wohnlandes der Familienangehörigen.

1 Arbeitnehmer — Aktenzeichen (2): .....

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

1.2 Geburtsort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit .....

1.3 Anschrift im Wohnland der Familienangehörigen (3):
.....
.....

2 Ehegatte oder sonstige Person, deren Anspruch auf Familienleistungen im Wohnland der Familienangehörigen ermittelt werden soll

2.1 Name ..... Vorname ..... Mädchenname ..... Geburtsdatum .....

2.2 Anschrift (3): .....
.....

2.3 Verwandtschaftsverhältnis zu den in Feld 3 genannten Familienangehörigen:
.....

2.4 Zeitraum, für den die Auskunft erbeten wird: .....

3 Familienangehörige

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts-verhältnis (4)	Wohnort (5)
3.1	.....	.....	.....	.....	.....
3.2	.....	.....	.....	.....	.....
3.3	.....	.....	.....	.....	.....

4

4.1 Arbeitgeber: .....
4.2 Anschrift (3): .....
.....
4.3 Unabhängige Beschäftigung: .....

5 Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....
5.2 Anschrift (3): .....
5.3 Stempel

5.4 Datum: .....
5.5 Unterschrift
.....

B. Bescheinigung

Vom zuständigen Träger des Wohnortes der Familienangehörigen auszufüllen.

6	Bescheinigung der im Wohnland der Familienangehörigen für Familienleistungen örtlich zuständigen Stelle

6.1 Die in Feld 2 genannte Person hat in der Zeit vom ..... bis .....

☐ Anspruch auf Familienleistungen für die folgenden Familienangehörigen (Vornamen und Geburtsdatum)

.....

.....

.....

☐ keinen Anspruch auf Familienleistungen aus folgendem Grund:

.....

6.2 Die in Feld 2 genannte Person hat in der Zeit vom ..... bis .....

☐ eine Erwerbstätigkeit ausgeübt vom ..... bis .....

☐ keine Erwerbstätigkeit ausgeübt.

7	Träger des Wohnorts der Familienangehörigen

7.1 Bezeichnung: .....

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

.....

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

([1]) Kennbuchstabe des Landes, dem der Träger angehört, der Teil A des Vordrucks ausfüllt: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; GB = Vereinigtes Königreich.

([2]) Angabe zur Verwendung seitens des absendenden Trägers.

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

([4]) Das Verwandtschaftsverhältnis jedes Familienangehörigen zum Arbeitnehmer ist mit folgenden Buchstaben zu kennzeichnen:
A = eheliches Kind
B = für ehelich erklärtes Kind
C = an Kindesstatt angenommenes Kind
D = nichteheliches Kind (Falls die Bescheinigung für einen männlichen Arbeitnehmer ausgefüllt wird, sind nichteheliche Kinder nur dann zu erwähnen, wenn die Vaterschaft oder die Unterhaltspflicht des Betreffenden amtlich festgestellt wurde.)
E = Stiefkind, das im Haushalt des Arbeitnehmers lebt
F = Enkel, Brüder und Schwestern, die der Arbeitnehmer in seinen Haushalt aufgenommen hat
G = Sonstige Kinder, die dauernd wie eigene Kinder im Haushalt des Arbeitnehmers leben (Pflegekinder)
Andere Verwandtschaftsverhältnisse (z. B. Großvater) sind voll auszuschreiben.

([5]) Wohnt ein Familienangehöriger nicht unter der in Punkt 2.2 angegebenen Anschrift, ist die andere Anschrift nachstehend anzugeben:

Name und Vornamen: .....

.....

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

.....