BESCHLUSS Nr. 153

vom 7. Oktober 1993

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

(Text von Bedeutung für den EWR)

(94/604/EG)

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

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

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

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

in Erwägung nachstehender Gründe:

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

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

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

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

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

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

BESCHLIESST FOLGENDES:

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

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

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

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

Der Vorsitzende

der Verwaltungskommission

Gabrielle CLOTUCHE

Verzeichnis der Vordrucke

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

E 103 — Ausübung des Wahlrechts

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

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

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

E 107 — Antrag auf Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen

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

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

E 110 — Bescheinigung für Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen

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

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

E 113 — Krankenhausbehandlung — Mitteilung über Aufnahme/Entlassung

E 114 — Gewährung von Sachleistungen größeren Umfangs

E 115 — Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

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

E 117 — Gewährung von Geldleistungen bei Mutterschaft und Arbeitsunfähigkeit

E 118 — Mitteilung über Nichtanerkennung/Beendigung der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

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

E 124 — Antrag auf Sterbegeld

E 125 — Einzelaufstellung der tatsächlichen Aufwendungen

E 126 — Erstattungssätze für Sachleistungen

E 127 — Einzelaufstellung der Monatspauschbeträge

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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 Rentenantragsteller**
☐ **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): .....

3 Staatsangehörigkeit (8): ..... D.N.I (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 Aktenzeichen beim Absenderträger:
.....
7.3 Aktenzeichen beim Empfängerträger:
.....

E 001

8 Anspruchsberechtigter Angehöriger (14)

8.1 Familienname (4)
.....

8.2 Vornamen ..... Geburtsname (4) .....

8.3 Geburtsort (11) ..... Geburtsdatum .....

8.4 Geschlecht ..... Staatsangehörigkeit ..... D.N.I. (9) .....

8.5 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: ..... Kenn-Nr. (15): .....

12.2 Anschrift (2): .....
.....

12.3 Stempel

12.4 Datum: .....

12.5 Unterschrift
.....

Teil B

13

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

13.1 ☐ folgende(n) Vordruck(e): .....

13.2 ☐ folgende(s) Dokument(e): .....

.....

13.3 ☐ folgende 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: ..... Kenn-Nr. (15): .....

17.2 Anschrift (2): .....

.....

17.3 Stempel

17.4 Datum: .....

17.5 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

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

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

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

(3) Die Nummern 2.1 bis 2.5 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.
— Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen bei der Geburt anzugeben.
— Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Paß ersichtlich sind.

(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) Ggf. Datum der Einbürgerung angeben.

(9) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-)Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.

(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). Bei portugiesischen Orten sind auch Pfarrbezirk und Gemeinde anzugeben.

(12) Bei spanischen, französischen bzw. italienischen Versicherten ist diese Angabe zwingend erforderlich; diese Nummer enhält je nach Land die Angabe der gebietsmäßigen Zugehörigkeit des Geburtsorts (*Beispiel:* bei Frankreich für Geburtsort: LILLE ist das Geburtsdepartement: NORD zusammen mit Departementskennummer, falls dem Versicherten bekannt, anzugeben, in diesem Fall also: 59. Die Angabe lautet somit NORD: 59. Bei den in Spanien geborenen Personen ist auch die Provinz anzugeben.

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

(14) Gegebenenfalls auszufüllen.

(15) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 (1a)
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) .....

1.3 Geburtsdatum ..... Staatsangehörigkeit ..... D.N.I. (1b) .....

1.4 Anschrift (2): .....
.....

1.5 Kenn-Nr. (1c): .....

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 Staates, dessen Staatsangehörigkeit ich besitze,

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

(6) ☐ belgischen ☐ dänischen ☐ deutschen ☐ griechischen ☐ spanischen
(6) ☐ französischen ☐ irischen ☐ italienischen ☐ luxemburgischen ☐ niederländischen
(6) ☐ portugiesischen ☐ des Vereinigten Königreichs
(6) ☐ österreichischen ☐ finnischen ☐ isländischen ☐ liechtensteinischen ☐ norwegischen
(6) ☐ schwedischen

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 ☐ Spaniens
(6) ☐ Frankreichs ☐ Irlands ☐ Italiens ☐ Luxemburgs ☐ der Niederlande
(6) ☐ Portugals ☐ des Vereinigten Königreichs
(6) ☐ Österreichs ☐ Finnlands ☐ Islands ☐ Liechtensteins ☐ Norwegens
(6) ☐ Schwedens

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

.....

E 103

HINWEISE

Der Vordruck ist in dreifacher Ausfertigung 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.

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

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

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

in **Dänemark:** *an das „Direktoratet for Social Sikring og Bistand" (Abteilung für soziale Sicherung) in Kopenhagen;*

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

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

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

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

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

in **Italien:** *an die zuständige örtliche Verwaltungsstelle des „Instituto 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 Zoetermeer;*

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

im **Vereinigten Königreich:** *an das „Departement of Social Security, Contributions Agency, Overseas Contributions" (Ministerium für soziale Sicherheit, Agentur Beiträge, Direktion Auslandsbeiträge) in Newcastle upon Tyne bzw. an die „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland) in Belfast;*

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

in **Finnland:** *an die „Eläketurvakeskus" (Zentrale Rentenversicherungsanstalt) in Helsinki;*

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

in **Liechtenstein:** *an das „Amt für Volkswirtschaft" in Vaduz;*

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

in **Schweden:** *an „Riksförsäkringsverket" (Landesversicherungsamt) in Stockholm.*

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, 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

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

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

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

(1b) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-)Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.

(1c) Bei Arbeitnehmern, die unter die belgischen Rechtsvorschriften fallen, bitte die nationale Registernummer angeben.

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

(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 Staates entscheiden können, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen.

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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. 38.1; Art. 64
VO 574/72: Art. 6.2; Art. 16; Art. 39.1 und 2; 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 (2a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Versicherungsnummer: .....

2.4 Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine

☐ abhängige Beschäftigung ☐ selbständige Tätigkeit ausgeübt in (3) .....

2.5 ☐ Name oder Firma des letzten Arbeitgebers .....

☐ Letzte selbständige Tätigkeit

.....

Anschrift (2): .....

.....

2.6 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 (5) ☐ Todes (Sterbegeld) ☐ Tuberkulose

☐ Invalidität (5b)

zurückgelegt hat.

4 Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (5a): .....

4.2 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

E 104

Teil B

5 Versicherter (6)

5.1 Name (2a)

.....

5.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

5.3 Versicherungsnummer: .....

6 Der/Die ☐ in Feld 2 ☐ in Feld 5 Genannte

6.1 ist seit dem unter 3.1 genannten Zeitpunkt für den Fall der Krankheit/Mutterschaft versichert ☐ (8a)

6.2 hat ☐ in den letzten drei Jahren (8) ☐ in den letzten fünf Jahren (8b)

☐ seit dem .....

7 Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten 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. 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

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

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

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

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

(3) Der Staat ist anzugeben.

(4) Nach Möglichkeit auszufüllen.

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

(5a) Einzusetzen, falls vorhanden.

(5b) Zur Verwendung durch französische Träger.

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

(7) Ist die Bescheinigung für einen italienischen Träger bestimmt, um Geldleistungen bei Tuberkulose zu erhalten, und weist der Betreffende kein volles Beitragsjahr nach, sind alle von ihm zurückgelegten Versicherungszeiten einzusetzen.

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

(8a) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein irischer Träger ist.

(8b) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.

(9) Ist die Bescheinigung für einen griechischen Träger bestimmt, die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgendem Schlüssel angeben:
D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.
Ist die Bescheinigung für einen deutschen oder luxemburgischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben:
P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.

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

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

.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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

1.1 Name (1a) .....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) ..... Geburtsdatum .....

1.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland
.....
.....

1.4 Kenn-Nr.: .....

2 Familienangehörige des obigen Versicherten

	Name (1a)	Vornamen	Frühere Namen	Geburtsdatum	Verwandtschafts-verhältnis
2.2	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.3	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.4	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.5	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.6	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.7	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.8	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)
2.9	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	..... ☐ (3)

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, Portugal, dem Vereinigten Königreich, Österreich oder Finnland beanspruchen können, nach deren Rechtsvorschriften sich der Betrag dieser Leistungen nach der Zahl der Familienangehörigen richtet oder richten kann, 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

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

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

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

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

(3) Kästchen ankreuzen, wenn der Familienangehörige gegenüber dem Arbeitnehmer bzw. Selbständigen unterhaltsberechtigt ist.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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: ..... Kenn-Nr. (2a): .....
1.2 Anschrift (3): .....
.....
1.3 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2
☐ Arbeitnehmer
☐ Selbständiger
☐ Arbeitsloser
☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)
☐ Grenzgänger (Selbständiger)

2.1 Name (3a)
.....
2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....
2.3 Anschrift im Wohnland (3): .....
.....
2.4 Kenn-Nr. (3b): .....
2.5 Der Betreffende ☐ ist ☐ ist nicht im Bergbau oder in einem gleichgestellten Unternehmen beschäftigt.
2.6 ☐ Der Betreffende unterliegt einem in Anhang 11 zur Verordnung 574/72 genannten System für Selbständige.

3 Familienangehöriger (4)

3.1 Name (3a)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....
3.3 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 von dem unter Nummer 5 angegebenen Tage an (6)
6.3 ☐ bis einschließlich ..... (7)

7 Für Krankheit/Mutterschaft zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (7a): .....
7.2 Anschrift (3): .....
.....
7.3 Stempel

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

8 Für außerberufliche Unfälle zuständiger Träger (8) (8a) (10)

8.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (7a): .....
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

	10.1 Name (3a)	Vornamen	Geschlecht w	Geschlecht m	Frühere Namen	Geburtsdatum
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
.....

E 106

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.

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 **Belgien:** *die „Mutualité"/„Mutualiteit" (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;*

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

in **Frankreich:** *die „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.5 können Sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) wenden, bei Bejahung von 2.6 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" oder „aerea" (Gesundheitsministerium, Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);*

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

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

in **Portugal: für das Festland:** *das „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *die Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*

im **Vereinigten Königreich:** *das „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerium für soziale Sicherheit, Agentur Leistungen, Abteilung Auslandsleistungen), Newcastle upon Tyne, bzw. an die „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland) in Belfast;*

in **Österreich:** *die „Gebietskrankenkasse", die für Ihren Wohnort zuständig ist;*

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

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

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

in **Norwegen:** *das örtliche „trygdekontor" (Versicherungsamt) am Wohnort;*

in **Schweden:** *„försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Wohnort.*

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

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

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

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

(2a) Einzusetzen, falls bekannt.

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

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen nach Möglichkeit die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(4) Nur ausfüllen, wenn sich der Vordruck auf Familienangehörige eines Arbeitslosen bezieht. In diesem Fall ist einer der Familienangehörigen aufzuführen, damit diese eingetragen werden können, da ja die mitversicherten Familienangehörigen nach den für den Wohnortträger maßgebenden Rechtsvorschriften bestimmt werden.

(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 Selbständige bestehenden französischen Träger oder von einem für Arbeitnehmer oder Selbständige bestehenden Träger des Vereinigten Königreichs ausgestellt wurde.

(7a) Einzusetzen, falls vorhanden.

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

(8a) Wird der Vordruck von einem liechtensteinischen Träger ausgefüllt, ist der zuständige Unfallversicherer des Arbeitnehmers bzw. Selbständigen einzusetzen.

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

(10) Ist Liechtenstein der zuständige Staat, werden die durch einen außerberuflichen Unfall des Arbeitnehmers bzw. Selbständigen bedingten Sachleistungskosten von dem in Feld 8 ausgewiesenen Unfallversicherungsträger übernommen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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. 20.2 und 3; 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 ☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer) ☐ Rentenberechtigter (System Arbeitnehmer)
☐ Selbständiger ☐ Grenzgänger (Selbständiger) ☐ Rentenberechtigter (System Selbständige)
☐ Arbeitsloser ☐ Rentenantragsteller

2.1 Name (2a)
.....
2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....
2.3 Ständige Anschrift (2): .....
.....
2.4 Kenn-Nr. (2b): .....
2.5 ☐ Empfänger ☐ Antragsteller
folgender Rente:
☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit
Nr. ..... (3) Leistungsgruppe: ..... (3)
2.6 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 (5a): .....
.....
.....
.....

E 107

4 Familienangehörige (6)

4.1	Name (2a)	Vornamen	Geburtsdatum	Kenn-Nr. (2b)
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

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.....
gültig vom ..... bis .....
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

10.1 ☐ Anbei überreichen wir Ihnen den betreffenden Vordruck, von dem Sie uns eine Ausfertigung ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden wollen (9).
10.2 ☐ Wir können die Bescheinigung über den Leistungsanspruch aus folgendem Grund nicht ausstellen:
.....
.....

11 Zuständiger Träger

11.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (10): .....
11.2 Anschrift (2): .....
.....
11.3 Stempel

11.4 Datum: .....
11.5 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

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

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

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

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

(2b) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-)Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.
Bei italienischen Staatsangehörigen nach Möglichkeit die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

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

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

(5a) Bei Spanien: „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit).

(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.

(9) Für die niederländischen Träger, wenn die Art des zurückzusendenden Vordrucks es zuläßt.

(10) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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

2.1 Name (2a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

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

.....

2.4 Kenn-Nr. (2b): .....

3 Familienangehöriger (3)

3.1 Name (2a)

.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

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

.....

3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

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

4.1 ☐ Die Versicherung des in Feld 2 genannten Arbeitnehmers/Selbständigen endete am .....

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: ..... Kenn-Nr. (5): .....

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 Leistung 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

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

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

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

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

(2b) Bei italienischen Staatsangehörigen nach Möglichkeit die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(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).

(5) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" 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 ☐ Grenzgänger

2.1 Name (3a)
.....
2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....
2.3 Anschrift (3): .....
.....
2.4 Kenn-Nr. (3b): .....
2.5 Der Betreffende ☐ ist ☐ ist nicht im Bergbau oder in einem gleichgestellten Unternehmen beschäftigt.
2.6 ☐ Der Betreffende unterliegt einem in Anhang 11 zur VO 574/72 genannten System für Selbständige.

3 Familienangehöriger (4)

3.1 Name (3a)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....
3.3 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 von dem unter Nummer 5 angegebenen Tage an (6)
6.3 ☐ bis zum vorgesehenen Abschluß der Saisonarbeit, d. h.
6.4 ☐ bis einschließlich (7) .....

7 Zuständiger Träger

7.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. ([7a]): .....

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 ([3a])	Vornamen	Geschlecht w	Geschlecht m	Geburtsdatum	Kenn-Nr. ([3b])
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

.....

E 109

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.

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;*

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

in **Frankreich:** *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.5 können sie sich an die „Société de secours minière" (Knappschaft) 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 de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

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

in **Portugal, für das Festland:** *bei dem „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*

in **Österreich:** *bei der Gebietskrankenkasse ihres Wohnorts;*

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

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

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) am Wohnort;*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Wohnort.*

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

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

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

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

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

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(4) Für nur einen Familienangehörigen auszufüllen, damit diese eingetragen werden können, da die mitversicherten Familienangehörigen nach den für den Wohnortträger maßgebenden Rechtsvorschriften bestimmt und dann in Teil B des Vordrucks aufgeführt werden.

(5) Anzukreuzen, wenn Teil B für einen dänischen, irischen, italienischen, portugiesischen Träger, einen Träger des Vereinigten Königreichs, einen finnischen, isländischen, norwegischen oder schwedischen Träger bestimmt ist.

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

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

(7a) Einzusetzen, falls vorhanden.

(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, einem finnischen, einem isländischen, einem norwegischen oder einem schwedischen Träger ausgefüllt wird.

(11) Sonstige Gründe.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 2 und 3 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 (1a)
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) .....

1.3 Geburtsdatum ..... Staatsangehörigkeit ..... D.N.I. (1b) .....

1.4 Ständige Anschrift (2): .....
.....

2 Begleitende Familienangehörige

	Name (1a)	Vornamen	Frühere Namen	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.

0

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 Arbeitgebers 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 Arbeitgebers oder seines Bevollmächtigten
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

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.

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 sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

in **Deutschland:** *bei der für den Aufenthaltsort zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse;*

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

in **Spanien:** *bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit. Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

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

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

in **Italien:** *bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale — USL" (örtliches Gesundheitsamt);*

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

in **den Niederlanden:** *bei „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht. Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken können in Anspruch genommen werden, ohne ANOZ Verzekeringen vorher davon zu unterrichten.*

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

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

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

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

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

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

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

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

— **bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit:**

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

in **Dänemark:** *siehe Abschnitt „bei Krankheit/Mutterschaft";*

in **Deutschland:** *bei dem für den Aufenthaltsort zuständigen Arbeitsunfallversicherungsträger;*

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

in **Spanien:** *bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit. Sie müssen den Vordruck zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

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

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

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

in **den Niederlanden:** *bei „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht. Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken können in Anspruch genommen werden, ohne ANOZ Verzekeringen vorher davon zu unterrichten;*

in **Portugal:** *bei der „Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais" (Landesversicherungskasse für Berufskrankheiten) in Lissabon;*

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

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

in **Finnland:** *beim „Tapaturmavakuutuslaitosten liitto" (Unfallversichererverband);*

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

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygedekontor" (örtlichen Versicherungsamt). Leistungen können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden. Dabei ist der Vordruck vorzuweisen;*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse). Leistungen des ärztlichen Dienstes (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden.*

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

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

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

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

(1b) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-)Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.

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

(3) Nur ausfüllen, 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
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 2 und 3 beachten!

E 111 ☐ (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTES IN EINEM MITGLIEDSTAAT

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

1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Rentner (Arbeitnehmersystem) ☐ Sonstiger

☐ Selbständiger ☐ Rentner (Selbständigensystem)

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

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

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

2 Familienangehörige ([3])

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

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

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

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

3.2 ([5]) ☐ ab dem .....

E 111

4	Zuständiger Träger

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

4.2 Anschrift (2): .....

.....

4.3 Stempel

4.4 Datum: .....

4.5 Unterschrift

.....

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

5	Französischer Träger, zuständig für außerberufliche Unfälle selbständiger Landwirte

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

5.2 Anschrift (2): .....

.....

5.3 Stempel

5.4 Datum: .....

5.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

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

Hinweise für den Versicherten und seine Familienangehörigen

a) *Mit diesem Vordruck können Sie*

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

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

von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie vorläufige Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit erlangen. Anspruch auf Sachleistungen verleiht dieser Vordruck jedoch dann nicht, wenn der Zweck der Reise darin besteht, sich ärztliche Bahandlung im Ausland zu verschaffen.

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;**

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

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

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

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

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

in **den Niederlanden:** *bei „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht. Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken können in Anspruch genommen werden, ohne ANOZ Verzekeringen vorher davon zu unterrichten;*

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

in **Österreich:** *der Gebietskrankenkasse*

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

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

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

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

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

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

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

(2a) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.

(2b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(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 schließen einander gegenseitig aus; es ist nur die zutreffende Zeile auszufüllen und das Kästchen davor anzukreuzen.

(6) Einzufügen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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 ([1a]), frühere Namen ([1a]), Vornamen, Anschrift ([2]))

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

2 Familienangehörige ([3])

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

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

GILT NUR FÜR KRANKENHAUSPFLEGE

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

4 Zuständiger Träger

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

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

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

E 111 | B

SELBSTÄNDIGENSYSTEM

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 .....

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 sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung);*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

   in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) am Aufenthaltsort;*

   in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse) am Aufenthaltsort.*

ANMERKUNGEN

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

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

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

(1b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(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) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 oder der Träger des Wohnorts des Rentners oder des Familienangehörigen stellt dem Versicherten, dem Rentner oder dem Familienangehörigen des Rentners diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder Rentner in das Vereinigte Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate, Newcastle upon Tyne, zu senden.

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

1.1 Name (1a)
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) ..... Geburtsdatum .....

1.3 Anschrift (2) im zuständigen Staat
.....
.....

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

1.5 Kenn-Nr. (3a): .....

1.6 ☐ Der Versicherte bzw. Rentner gehört einem in Anhang 13 zur Verordnung 574/72 erfaßten System für Selbständige an.

2 Familienangehöriger, der sich in einen anderen Mitgliedstaat begibt

2.1 Name (1a)
.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift (2) im zuständigen Staat (4)
.....
.....

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

2.5 Kenn-Nr. (3a): .....

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
.....
.....
oder bei jeder ähnlich gearteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt (6).

3.3 ☐ wohin er biologische Proben zur Untersuchung einschickt.

4 Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen

4.1 vom ..... bis ..... einschließlich erbracht werden.

4.2 vom ..... bis ..... einschließlich **nur** im Falle von Krankenhauspflege erbracht 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: ..... Kenn-Nr. (9): .....

6.2 Anschrift (2): .....
.....

6.3 Stempel

6.4 Datum: .....

6.5 Unterschrift
.....

E 112

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

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;*

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

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

in **den Niederlanden:** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei „ANOZ-Verzekeringen" in Utrecht;*

in **Portugal: für das Festland:** *bei der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthalts- oder Wohnorts;* **für Madeira:** *bei der „Direcção Regional de Saúde Pública" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *bei der „Direcção Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroísmo;*

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

in **Österreich:** *bei der für den Wohnort oder den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

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

in **Island:** *bei „Tryggingastofnun rikisins" (Landesversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt);*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse). Der Vordruck ist der Einrichtung vorzulegen, die die Behandlung besorgt.*

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

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

(3a) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(4) Nur ausfüllen, 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.

(9) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 113 ☐ (1)

KRANKENHAUSBEHANDLUNG — MITTEILUNG ÜBER AUFNAHME/ENTLASSUNG

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

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

1 An den zuständigen Träger

1.1 Bezeichnung: .....

1.2 Anschrift (2): .....

.....

2

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

2.1 Name (2a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)

.....

.....

2.4 Kenn-Nr. (2b): .....

3 Familienangehöriger in stationärer Behandlung

3.1 Name (2a)

.....

3.2 Vornamen ..... Früherer Namen ..... Geburtsdatum .....

3.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2) (3)

.....

3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

4 Bezug:

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

4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

A. Mitteilung über die Aufnahme

5 Der in ☐ Feld 2 ☐ Feld 3 Genannte

5.1 wurde am .....

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

5.3 wegen ☐ Krankheit ☐ Mutterschaft ☐ Arbeitsunfalls (6)
☐ Berufskrankheit (7) ☐ außerberuflichen Unfalls (8)

5.4 Voraussichtlicher Aufenthalt bis zum .....

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

B. Mitteilung über die Entlassung

6 Der

☐ mit Vordruck E 113 vom .....

☐ in Teil A mitgeteilte Aufenthalt

war am ..... beendet.

7	Träger des Wohn- oder Aufenthaltslandes

7.1 Bezeichnung: .....

7.2 Anschrift (2): .....

.....

7.3 Stempel

7.4 Datum: .....

7.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

(2b) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.
Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.
Bei in Schweden versicherten Personen die landesweit vergebene Personenkennummer einsetzen.

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

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

(5) Bezeichnung des Krankenhauses.

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

Name oder Firma: .....

Anschrift (2): .....

.....

(7) Nach Möglichkeit anzugeben.

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

(9) Zutreffendes ankreuzen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 114 ☐ (1)

GEWÄHRUNG VON SACHLEISTUNGEN GRÖSSEREN UMFANGS

VO 1408/71: Art. 19; Art. 22; Art. 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. 20.5; Art. 21.2; Art. 22.2 und 3; Art. 23; Art. 26.3;
Art. 27; Art. 28; Art. 31.2 und 3; Art. 60.6; Art. 62.7; Art. 63.2 und 3

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

2.1 Name (3a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland (2)

.....

.....

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

3 Familienangehöriger

3.1 Name (3a)

.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....

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

.....

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

4 Bezug:

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

4.2 ☐ unser Vordruck E 107 vom .....

5 Unser ärztlicher Dienst hat für den

☐ in Feld 2 ☐ in Feld 3 Genannten

5.1 ☐ die Notwendigkeit ☐ die Dringlichkeit

5.2 folgender Leistungen anerkannt: .....

.....

5.3 Die ☐ 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: ..... Kenn-Nr. (9): .....

10.2 Anschrift (2): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

HINWEISE

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

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

Name oder Firma: .....

Anschrift (2): .....

.....

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

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

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

(7) Wird dieser Bericht beigefügt, das Kästchen davor ankreuzen.

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

(9) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 9).

1 An den zuständigen Träger

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

2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Arbeitsloser

2.1 Name (2a)
.....
2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....
2.3 Anschrift (2) im zuständigen Staat
.....
.....
2.4 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland
.....
.....
2.5 Kenn-Nr. (2b): .....
2.6 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 Arbeisunfalls ☐ eines Unfalls am .....
☐ Berufskrankheit ☐ Adoption ☐ gekürzter Vergütung im Falle von Mutterschaft und Adoption (6)

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

0

E 115

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 (8).

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

B. ☐ (5) Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit

11 Unter Bezug auf
11.1 ☐ 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. 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

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

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

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

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

(2b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(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. Bei den Niederlanden ist Feld 4 unbedingt auszufüllen.

(6) Bei Antrag aus Norwegen.

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

(8) Wird der Vordruck an einen deutschen oder einen italienischen Träger geschickt, braucht dieses Kästchen nicht angekreuzt zu werden, sondern nur Kästchen 10.

(9) In Italien ist dieser Vordruck bei Krankheit oder Mutterschaft bei der örtlichen Geschäftsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale — INPS" (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge), bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit beim „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL" (Unfallversicherungsanstalt) einzureichen.
Soweit bei den Niederlanden der zuständige Krankenversicherungsträger nicht bekannt ist, ist der Vordruck an das „G.A.K., Postbus 8300, Amsterdam" zu senden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 (9). In Liechtenstein, Norwegen und Schweden wird der Vordruck von dem Arzt, den die betreffende Person in Anspruch nimmt, ausgefüllt und vom Versicherungsträger bestätigt.

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 (2a)

.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....

3.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland

.....

.....

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

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

am ..... untersucht

4.1 und bin der Auffassung, daß

☐ Krankheit ☐ Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Niederkunft: .....)

4.2 wahrscheinlich

☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit ☐ Unfall

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 als teilweise arbeitsunfähig befunden, und zwar zu

..... % vom ..... bis ..... (5a)

5.11 ☐ Der Betreffende wird nachuntersucht am .....

5.12 ☐ 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 des Arztes

.....

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

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

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

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

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

(3) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

(5) Art und Datum angeben.

(5a) Bei Antragstellung von Norwegen aus.

(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- oder Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.

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

(9) Vordruck E 116 ist bei Anträgen auf Mutterschaftsleistungen, die von Belgien zu zahlen sind, nicht erforderlich.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf der Rückseite beachten!

E 117 ☐ (1)

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI MUTTERSCHAFT UND 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 (2a)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (2a) ..... Geburtsdatum .....
3.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland
.....
.....
3.4 Kenn-Nr. (2b): .....

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 (3a)
5.1 ☐ von uns
5.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung (3b)
5.3 ☐ vom Arbeitgeber (4)
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 .....

1

8	Zuständiger Träger		
8.1	Bezeichnung:	Kenn-Nr. (10):	.....
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

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

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

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

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

(2b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

(3a) Der zuständige Träger kann hier die Zahlungsweise angeben.
.....
.....

(3b) Ist dieser Vordruck an einen französischen oder einen italienischen Träger gerichtet, braucht dieses Kästchen nicht angekreuzt zu werden.

(4) Ggf. von den dänischen, deutschen oder luxemburgischen Trägern auszufüllen.

(5) Von den deutschen, spanischen und luxemburgischen Trägern auszufüllen.

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

(7) Betrag in der Währung des zuständigen Staates.

(8) Gegebenenfalls ankreuzen.

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

(10) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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 (1a)
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) ..... Geburtsdatum .....

1.3 Anschrift (2) im Wohn- oder Aufenthaltsland
.....
.....

1.4 Kenn-Nr. (2a): .....

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

4 ☐ Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes ☐ Zuständiger Träger

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

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

E 118

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 5 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

Falls Sie mit der auf diesem Vordruck mitgeteilten Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie diese anfechten.

Näheres zu Rechtsbehelfen und Rechtsbehelfsfristen entnehmen Sie bitte der Anlage.

Hinsichtlich der Rechtsbehelfe und Fristen müssen Sie sich an die für den jeweils zuständigen Staat angegebenen Weisungen halten.

ANMERKUNGEN

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

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

(1a) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Paß ersichtlich sind.

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

(2a) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(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.

(5) Einzusetzen, falls vorhanden.

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 binnen vier Wochen nach Zustellung des Bescheids Einspruch erheben bei:

„Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget" (Sozialbeschwerdeamt Tagegeldausschuß), Amaliegade 25, P.O. Box 3061, 1021 Kopenhagen K.

3. **DEUTSCHLAND**

Der beiliegende Verwaltungsakt wird rechtskräftig, wenn Sie nicht innerhalb von drei Monaten nach seiner Zustellung schriftlich bei dem nachstehend ausgeführten deutschen Träger Einspruch erhoben haben:

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

4. **GRIECHENLAND**

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

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

5. **SPANIEN**

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

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

und zwar entweder unmittelbar oder über den Träger Ihres Aufenthalts- oder Wohnorts.

6. **FRANKREICH**

Falls Sie die vorliegende Entscheidung anfechten wollen, müsen 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: .....
.....

7. **IRLAND**

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

8. **ITALIEN**

Beschwerde gegen INPS-Entscheidungen (Krankheit und Mutterschaft)

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

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

Beschwerde gegen INAIL-Entscheidungen (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

Gegen INAIL-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 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.

9. **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.

10. **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.

11. **PORTUGAL**

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

— bei Nichtanerkennung einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von acht Tagen nach Zustellung des Bescheids Widerspruch bei der „Comissâo Instaladora da Administraçâo Regional de Saúde" (Einrichtungsausschuß der Regionalgesundheitsverwaltung) einlegen

oder

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

12. **VEREINIGTES KÖNIGREICH**

Falls Sie mit dem beiliegenden Bescheid nicht einverstanden sind, können Sie binnen 28 Tagen nach Zustellung des Bescheides beim „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerium für soziale Sicherheit, Agentur Beiträge, Direktion Auslandsbeiträge) in Newcastle upon Tyne bzw. bei der „Nothern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland) in Belfast Widerspruch einlegen.

13. **ÖSTERREICH**

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

14. **FINNLAND**

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

15. **ISLAND**

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

16. **LIECHTENSTEIN**

a) Zu Krankenversicherung: Wenn Sie mit einer Entscheidung einer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie einen förmlichen Bescheid verlangen, der die Begründung und die Rechtsbehelfsbelehrung enthalten muß.

Innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung dieses förmlichen Bescheids können Sie ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen.

b) Zu Unfallversicherung: Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung bei dem betreffenden Unfallversicherer die Überprüfung seines Bescheids verlangen.

Wenn Sie mit dem Bescheid eines Unfallversicherers nicht einverstanden sind, können Sie ebenfalls innerhalb von zwei Monaten nach seiner Zustellung ein Verfahren bei dem jeweiligen Gericht anstrengen. Dies gilt auch für die Entscheidung des Unfallversicherers zu dem oben erwähnten Überprüfungsbegehren.

17. **NORWEGEN**

Ein Widerspruch gegen eine norwegische Entscheidung muß dem in Feld 2 oder 4 des Vordrucks E 118 aufgeführten Träger innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Bescheids übermittelt werden.

18. **SCHWEDEN**

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

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen | Frühere Namen (3a) | Geburtsdatum

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

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

.....

.....

2.4 Kenn-Nr.: .....

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 303/3 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

7.2 ☐ von Ihnen für unsere Rechnung (3b)

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: ..... Kenn-Nr. (7): .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

E 119

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.

Hinweise für den Arbeitslosen

a) *Außer diesem Vordruck E 119 müssen Sie eine Ausfertigung eines Vordrucks E 303/3 haben, auf dem Feld 7 vom Träger der Arbeitslosenversicherung in dem Lande, in dem Sie Arbeit suchen, ausgefüllt wurde.*

Um Sachleistungen im Krankheitsfalle für sich und Ihre Familienangehörigen zu erhalten, müssen Sie sich an folgende Versicherungsträger wenden:

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

in **Dänemark:** *an die zuständige „Amtskommune" (Kreisgemeinde); in Kopenhagen jedoch an den „Magistrat" (Stadtverwaltung) und in Frederiksberg an die „Kommunalbestyrelse" (Gemeindeverwaltung); Ärtze, 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 sundheidsforvaltning" (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;*

in **Spanien:** *an die „Direcçión Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Aufenthalts- oder Wohnorts.*

Falls Sie Leistungen benötigen, können Sie sich an die Ärzte- und Krankenhausdienste des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit wenden; den Vordruck müssen Sie zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;

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 de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

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

in **Portugal: für das Festland:** *an die „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthalts- oder Wohnorts;* **für Madeira:** *an die „Direccção Regional de Saúde Pública" (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *an die „Direcção Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroísmo;*

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

in **Österreich:** *an die für den Wohnort oder den Aufenthaltsort zuständige Gebietskrankenkasse;*

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

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

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

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

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

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 folgendem Träger vorlegen:*

- *— in Belgien, Deutschland, Spanien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Österreich, Finnland, Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweden: dem unter a) genannten Versicherungsträger;*
- *— in Dänemark: der örtlichen „social og sundhedsforvaltning" (Sozial- und Gesundheitsverwaltung); in Kopenhagen, Odense, Ålborg und Århus jedoch dem „Magistrat" (Stadtverwaltung);*
- *— in Irland: dem „Department of Social Welfare, EC Record Section" (Ministerium für Sozialordnung, Dokumentation, EG-Bereich), Dublin;*
- *— in den Niederlanden: hier müssen Sie Ihre Arbeitsunfähigkeit der Geschäftsstelle des „Gemeenschappelijk Administratiekantoor — G.A.K." (gemeinsame Verwaltungsstelle) melden, die Ihnen die Leistungen wegen Arbeitslosigkeit gewährt;*
- *— in Portugal:* **für das Festland:** *dem „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für die soziale Sicherheit) des Aufenthalts- oder Wohnorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*
- *— im Vereinigten Königreich: dem „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" (Ministerium für soziale Sicherheit, Agentur Leistungen, Direktion Auslandsleistungen) in Newcastle upon Tyne bzw. der „Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agentur Soziale Sicherheit Nordirland, Abteilung Ausland) in Belfast.*

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

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

(3b) Ist dieser Vordruck an einen italienischen Träger gerichtet, braucht dieses Kästchen nicht angekreuzt zu werden, sondern nur Kästchen 7.1.

(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.

(7) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 4 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 unmittelbar an das „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Direcorate" in Newcastle upon Tyne 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen | Frühere Namen (3a) | Geburtsdatum

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

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

.....

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

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

.....

0

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 (6).

5.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers (4a): .....

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

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

5.4 ☐ ein Jahr lang ab dem .....

6 Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat (6)

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 Kenn-Nr. des Trägers des Wohnorts (4a): .....

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

9 Eingetragene Familienangehörige

	Name (3a)	Vornamen	Geschlecht w	Geschlecht m	Frühere Namen	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 4 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;*

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

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 de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*

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

in **Portugal: für das Festland:** *dem „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo.*

in **Österreich:** *bei der für den Wohnort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

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

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

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

in **Norwegen:** *dem „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) des Wohnorts;*

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

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

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

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

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

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

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(4) Zutreffendenfalls im Kästchen davor ankreuzen.

(4a) Einzusetzen, falls vorhanden.

(5) Ggf. entweder Feld 7 oder Feld 8 ausfüllen und das entsprechende Kästchen ankreuzen.

(6) In Italien sind Feld 5 und 6 ausschließlich von der USL oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 4 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 unmittelbar an das „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" in Newcastle upon Tyne zu senden. Beide 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....

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

.....

2.4 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....

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

2.6 ☐ Der Rentenberechtigte untersteht einem der in Anhang 11 zur VO 574/72 erfaßten Systeme 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 (7)

5.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers (4a): .....

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

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

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

5.5 ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E 120 vom ..... ungültig.

6 Träger, der Feld 5 ausgefüllt hat (7)

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 (3a)	Vornamen	Geschlecht w	Geschlecht m	Frühere Namen	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 .....

8.13 Kenn-Nr. des Trägers des Wohnorts: (4a): .....

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 4 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 „Kommunalbestyrelse" (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;*

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

in **Frankreich:** *bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Krankenkasse); bei Bejahung von 2.6 müssen Sie sich an die Vertragskasse wenden;*

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

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

in **Portugal: für das Festland:** *beim „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*

in **Österreich,** *bei der für den Wohnort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

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

in **Island:** *bei „Tryggingastofun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) des Wohnorts;*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse) des Wohnorts.*

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

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

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

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

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

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

(4a) Einzusetzen, falls vorhanden.

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

(6) Nur von niederländischen Trägern auszufüllen.

(7) In Italien sind Feld 5 und 6 ausschließlich von der USL oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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. 29.1.a
VO 574/72: Art. 30.1

Der zuständige 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, sind beide Ausfertigungen an das „Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen | Frühere Namen (3a) | Geburtsdatum

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

2.3 Anschrift (3): .....

.....

2.4 Kenn-Nr. (4a): .....

3 Familienangehöriger (4b)

3.1 Name (3a)

.....

3.2 Vornamen | Mädchenname | Geburtsdatum

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

3.3 Anschrift (3): .....

.....

3.4 Kenn-Nr. (4): .....

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.

☐ ein Jahr lang ab dem ..... (5) gültig.
☐ bis einschließlich (6) ..... gültig.

6 Zuständiger Träger

6.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (8): .....

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 (3a)	Vornamen	Geschlecht w	Geschlecht m	Geburtsdatum	Kenn-Nr. (4)
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: ..... Kenn-Nr. (8): .....

10.2 Anschrift (3): .....

.....

10.3 Stempel

10.4 Datum: .....

10.5 Unterschrift

.....

E 122

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) *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 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;*

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

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

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

in **Portugal: für das Festland:** *beim „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für Soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für die soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*

in **Österreich:** *bei der Gebietskrankenkasse;*

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

in **Island:** *bei „Tryggingsgastofnun" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt);*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse).*

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

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

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

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

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

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

(4) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codisce fiscale" angeben.

(4b) Einen der Familienangehörigen angeben, damit diese eingetragen werden können, da die mitversicherten Familienangehörigen nach den für den Wohnortträger maßgebenden Rechtsvorschriften bestimmt und dann in Teil B des Vordrucks aufgeführt werden.

(5) Wenn die Bescheinigung von einem französischen 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.

(8) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 6; 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 Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate" 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 Anschrift im zuständigen Staat (3)

.....

.....

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

.....

.....

2.5 Kenn Nr. (3b): .....

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,

E 123

4 können dem genannten Arbeitnehmer/Selbständigen 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: ..... Kenn-Nr. (5): .....
6.2 Anschrift (3): .....
.....
6.3 Stempel

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

E 123

HINWEISE

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfaßt 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. 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 dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Unfallversicherungsträger;*

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

in **Spanien:** *bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit. Den Vordruck müssen Sie zusammen mit einer Fotokopie vorlegen;*

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" oder „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 per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL" (Staatliche Unfallversicherungsanstalt);

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

in den **Niederlanden:** *bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder bei vorübergehendem Aufenthalt bei „ANOZ-Verzekeringen" in Utrecht, die Sie nicht vorher zu benachrichtigen brauchen, wenn sie ärztliche, zahnärztliche und pharmazeutische Leistungen in Anspruch nehmen müssen;*

in **Portugal:** *bei der „Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais" (Landesversicherungskasse für Berufskrankheiten) in Lissabon;*

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

in **Österreich:** *bei der für den Wohnort oder den Aufenthaltsort zuständigen Gebietskrankenkasse oder der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in Wien;*

in **Finnland:** *beim „Tapatur mavakuutuslaitosten liitto" (Allgemeiner Unfallversicherungsverband);*

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

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt). Leistungen können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;*

in **Schweden:** *bei „försäkringskassan" (Versicherungskasse). Leistungen des ärztlichen Dienstes (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden.*

ANMERKUNGEN

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

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

(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.

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

(3b) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

(5) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 2 und 3 beachten!

E 124 ☐ (1)

ANTRAG AUF STERBEGELD

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

1 Ich,

1.1 Name (1a)
.....

1.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... Geburtsdatum .....

1.3 Kenn-Nr. (2) (2b): .....

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

1.5 Verwandtschaftsverhältnis mit dem Verstorbenen: .....

1.6 Anschrift (4): .....
.....

2 beantrage Sterbegeld aus Anlaß des Todes des (5)

3
☐ Arbeitnehmers ☐ Rentenempfängers
☐ Selbständigen ☐ Rentenantragstellers
☐ Familienangehörigen

3.1 Name (1a)
.....

3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (1a) ..... Geburtsdatum .....

3.3 Kenn-Nr. (2) (2a): .....

3.4 Todestag: .....

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

3.6 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 Dem Verstorbenen ☐ wurde ☐ wurde nicht gegen Vergütung Unterkunft gewährt
☐ vom Sterbegeldantragsteller
☐ in einer Anstalt, von der der Sterbegeldantragsteller der Geschäftsführer, ein Angehöriger des Personals oder ein Pensionsgast ist (7).

7 Der Sterbegeldantragsteller ☐ ist ☐ ist nicht Inhaber eines Bestattungsunternehmens, Beauftragter oder Bevollmächtigter dieses Unternehmensinhabers (7) (8).

8 Die Bestattungskosten betragen (9) ..... ; sie wurden verauslagt von .....

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

10 Bitte zahlen Sie den geschuldeten Betrag auf mein Konto Nr. .....
bei der ..... in: ..... (10)

11 Datum: .....

11.1 Unterschrift des Antragstellers
.....

0

E 124

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 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:** *bei „Sundhedsministeriet" (Gesundheitsministerium) in Kopenhagen;*

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

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

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

in **Frankreich:** *bei 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:** *bei der Provinzialverwaltungsstelle des INAIL;*

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

in **Portugal: für das Festland:** *beim „Centro Regional de Segurança Social" (Regionalstelle für die soziale Sicherheit) des Wohnorts;* **für Madeira:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Funchal;* **für die Azoren:** *bei der „Direcção Regional de Segurança Social" (Regionaldirektion für soziale Sicherheit) in Angra do Heroísmo;*

in **Österreich:** *bei der für den Wohnort zuständigen Gebietskrankenkasse;*

in **Finnland:** *bei der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) Helsinki, Ortsgeschäftsstelle, PO Box, 00601 Helsinki;*

in **Island:** *bei „Tryggingastofnun rikisins" (Landesversicherungsanstalt) in Reykjavik;*

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

in **Norwegen:** *beim „lokale trygdekontor" (örtlichen Versicherungsamt) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;*

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

b) *Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:*

bei **Belgien:** *ein Auszug aus der Sterbeurkunde, der von der Gemeindeverwaltung ausgestellt wird,*
eine quittierte Rechnung über die Bestattungskosten,
alle Unterlagen zum Nachweis des Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnisses mit dem Verstorbenen oder gegebenenfalls des Zusammenlebens mit ihm;

bei **Dänemark:** *eine Sterbeurkunde. Bitte lesen Sie aufmerksam die „veiledning om ansøgning for begravelseshjælp" (Hinweise für die Beantragung von Sterbegeld), die Sie anschließend erhalten werden;*

bei **Deutschland:** *eine Sterbeurkunde;*

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

bei **Spanien:**
— *die Sterbeurkunde und*
— *die Bescheinigung über das Verwandtschaftsverhältnis oder die quittierten Rechnungen über die Bestattungskosten, falls für den Antragsteller kein Verwandschaftsverhältnis mit dem Verstorbenen vorliegt;*

bei **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 familiale" (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;*

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

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

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

bei **Portugal:**
— **in allen Fällen** *die Sterbeurkunde und die quittierten Rechnungen über die Bestattungskosten;*
— **außerdem**
  — *in dem Fall, in dem Sie der Ehegatte des Verstorbenen oder ein Verwandter in absteigender Linie waren, Ihre vollständige Geburtsurkunde;*
  — *in dem Fall, in dem Sie ein Verwandter des Verstorbenen in aufsteigender Linie waren und von ihm Unterhalt erhielten, eine Bescheinigung über Ihr Einkommen;*

bei **Österreich:** *Sterbeurkunde;*
die quittierten Rechnungen über Bestattungskosten;

bei **Finnland:** *Sterbeurkunde;*
Nachweise für das Verwandschaftsverhältnis zu dem Verstorbenen;
beim Inhaber eines Bestattungsunternehmens als Antragsteller eine Vollmacht der leistungsberechtigten Person;

bei **Liechtenstein:** *Sterbeurkunde;*
Bescheinigung über die Todesursache;
die quittierten Rechnungen über Bestattungskosten;

bei **Norwegen:** *Sterbeurkunde;*

bei **Schweden:** *Sterbeurkunde;*
Bescheinigung über die Todesursache.

ANMERKUNGEN

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

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

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

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

(2a) Bei Rentnern oder Rentenantragstellern spanischer Staatsangehörigkeit ist die auf dem spanischen Personalausweis vermerkte (D.N.I.-)Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.

(2b) Für den finnischen Träger ist die Bevölkerungsregisternummer (Personenkennummer) anzugeben, wenn der Antragsteller eine natürliche Person ist.

(3) Bezeichnung und Anschrift angeben.

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

(5) Für die Bedürfnisse der portugiesischen Träger ist das Einlegeblatt auszufüllen.

(6) Bei Beantragung von Sterbegeld nach den liechtensteinischen oder schwedischen Rechtsvorschriften muß die Todesursache „Arbeitsunfall" oder „Berufskrankheit" sein.

(7) Zu ergänzen, wenn das Sterbegeld aufgrund der belgischen Rechtsvorschriften beantragt wird, soweit der Antragsteller nicht der Ehegatte, ein Verwandter oder Verschwägerter bis zum dritten Grad des Verstorbenen ist.

(8) Ist der Antragsteller Inhaber eines Bestattungsunternehmens, ist eine Vollmacht der leistungsberechtigten Person einzusenden, wenn das Sterbegeld nach Maßgabe der finnischen Rechtsvorschriften beantragt wird.

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

(10) Nicht für irische Träger.

E 124 Einlegeblatt

ERGÄNZENDE ANGABEN
FÜR DIE PORTUGIESISCHEN TRÄGER

1 Ehegatte

1.1 Familienstand

☐ Witwer/Witwe ☐ wiederverheiratet ☐ geschieden

1.2 Lebte er/sie zum Zeitpunkt des Todes mit dem/der Verstorbenen zusammen und wurde von ihm/ihr unterhalten?

☐ Ja ☐ Nein

2 Kinder, die Anspruch auf Familienbeihilfe haben

	Name	Vornamen	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum	Ausbildungsgrad	Behindertes Kind
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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: ..... Kenn-Nr. (2a): .....
2.2 Anschrift (3): .....
.....

3 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ Rentner (Arbeitsnehmersystem) ☐ Rentner (Selbständigensystem) ☐ Sonstiger (4)

3.1 Name (4a)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (4a) ..... Geburtsdatum .....
3.3 Anschrift (3): .....
.....
3.4 Anschrift (3) im zuständigen Land: .....
.....
3.5 Kenn-Nr. (4b): .....

4 Familienangehöriger (5)

4.1 Name (4a)
.....
4.2 Vornamen ..... Frühere Namen ..... 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 (5a) ☐ 55.1 (5a)
aufgrund folgender uns übersandter Vordrucke gewährt:

5.2 ☐ Vordruck E ..... vom ..... ☐ Vordruck E 117 vom .....
gültig vom ..... bis .....

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

E 125

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

7	Forderungsberechtigter Träger		
7.1	Bezeichnung:	Kenn-Nr. (9):	.....
7.2	Anschrift (3):		
	.....		
7.3	Stempel	7.4 Datum:	.....
		7.5 Unterschrift	
			.....

8	Dem Versicherungsträger des zuständigen Staates vorbehalten

E 125

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

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

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

(2) Dem forderungsberechtigten Träger erforderlichenfalls anzugeben.

(2a) Einzusetzen, falls bekannt.

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

(4) Anzugeben, wenn es sich um einen Grenzgänger, einen Arbeislosen, einen Saisonarbeitnehmer, einen Rentenantragsteller oder Sonstigen handelt.

(4a) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Paß ersichtlich sind.

(4b) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine" anzugeben.
Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

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

(5a) Für dänische Träger möglichst Bezeichnung und Anschrift des Arbeitsgebers angeben, wenn Leistungen nach Art. 52 oder Art. 55 Abs. 1 der Verordnung 1408/71 bezogen werden:

Bezeichnung des Arbeitgebers: .....

Anschrift: .....

.....

(6) In Landeswährung anzugeben.

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

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

(9) Einzusetzen, falls vorhanden.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

Bitte „Hinweise" auf Seite 3 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 (3a)

.....

2.2 Vornamen ..... Frühere Namen (3a) ..... Geburtsdatum .....

2.3 ☐ Der Betroffene untersteht einem der in Anhang 11 zur VO 574/72 erfaßten Systeme für Selbständige.

2.4 Kenn-Nr.: .....

3 Familienangehörige, die Sachleistungen erhalten haben

	3.1 Name (3a)	Vornamen	Frühere Namen	Geburtsdatum
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: ..... Kenn.-Nr. (4a): .....
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. 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

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

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

(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 „Sundhedsministeriet" (Gesundheitsministerium) in Kopenhagen;*
- *in* **Deutschland:** *an den „AOK-Bundesverband" in Bonn;*
- *in* **Griechenland:** *an die Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA); bei Seeleuten an die Rentenkasse der Seeleute (NAT);*
- *in* **Spanien:** *an das „Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Landesanstalt für die soziale Sicherheit) in Madrid;*
- *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 „Ministero della sanità" (Gesundheitsministerium) in Rom;*
- *in* **Luxemburg:** *an die „Union des caisses de maladie" (Krankenkassenverein);*
- *in den* **Niederlanden:** *an „ANOZ Verzekeringen" in Utrecht;*
- *in* **Portugal:** *an das „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Ministerium für internationale Beziehungen und Abkommen über soziale Sicherheit) in Lissabon;*
- *in* **Österreich:** *an den Hauptverband der österreichischen Versicherungsträger in Wien;*
- *in* **Finnland:** *an „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt) in Helsinki;*
- *in* **Island:** *an „Tryggingastofnun rikisins" (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik;*
- *in* **Liechtenstein:** *an das Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*
- *in* **Norwegen:** *an „Rikstrygdeverket" (Landesversicherungsamt) in Oslo;*
- *in* **Schweden:** *an „Riksförsäkringsverket" (Landesversicherungsamt) in Stockholm.*

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

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

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

(4a) Einzusetzen, falls vorhanden.

(5) Angabe des Gesamtbetrags.

EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFTEN
Verordnungen über soziale Sicherheit
EWR*

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: ..... Kenn-Nr. (3a) .....
2.2 Anschrift (3): .....
.....

3 Der Sachleistungsanspruch wurde erworben durch den

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

3.1 Name (4)
.....
3.2 Vornamen ..... Frühere Namen (4) ..... Geburtsdatum .....
3.3 Kenn-Nr. beim zuständigen Träger (4a): .....

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 Monatspauschalbeträge

☐ je Familie, bzw. je Rentner und Familie ☐ je Familienangehörigen ☐ pro Kopf
.....

7 Forderungsberechtigter Träger

7.1 Bezeichnung: ..... Kenn-Nr. (5): .....
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

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

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

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

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

(3a) Einzusetzen, falls bekannt.

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

(4a) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale" angeben.

(5) Einzusetzen, falls vorhanden.