

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit



Ersuchen um Auskunft über Zeiten - Art des Versicherungsrisikos: Krankheit und Mutterschaft

Artikel 6 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 12 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anlagen:	[integer].....
Datum der Übermittlung:	[DD/MM/YYYY].....

Absendender Träger:	
Ländercode*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kennung des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfänger-Träger:	
Ländercode*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kennung des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des absendenden Trägers*	[65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers	[65].....

2. Person	
2.1 Person*	
2.1.1 Nachname*	[155].....
2.1.2 Vorname(n)*	[155].....
2.1.3 Geburtsdatum*	[DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
2.1.5 Geburtsname	[155].....
2.1.6 Frühere/r Vorname/n	[155].....
2.1.7 Wenn Sie die Persönliche Identifikationsnummer der Person haben, füllen Sie bitte folgende Felder aus:	
<input type="checkbox"/> Identifizierung der betreffenden Person mittels persönlicher Identifikationsnummer	
2.1.7.1 Persönliche Identifikationsnummer des absendenden Trägers	[65].....
2.1.7.2 Persönliche Identifikationsnummer des empfangenden Trägers	[65].....
2.1.8 Wenn Sie die Persönliche Identifikationsnummer der Person nicht haben, füllen Sie bitte folgende Felder aus:	
<input type="checkbox"/> Identifizierung der betreffenden Person ohne persönliche Identifikationsnummer	
2.1.8.1 Geburtsort	[155].....
2.1.8.2 Nachname des Vaters bei Geburt	[155].....
2.1.8.3 Nachname der Mutter bei Geburt	[155].....
2.1.8.4 Vorname des Vaters	[155].....
2.1.8.5 Vorname der Mutter	[155].....
2.2 Zusätzliche Angaben zur Person	
2.2.1 Staatsangehörigkeit	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift der Person	
3.1 Anschrift	
3.1.1 Straße	[155].....
3.1.2 Ort	[65].....
3.1.3 Postleitzahl	[25].....
3.1.4 Region	[65].....
3.1.5 Land	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 In diesem Land wohnhaft seit	[DD/MM/YYYY].....

4. Ersuchen	
4.1 Da wir als zuständiger Träger handeln, nach dessen Rechtsvorschriften der Erwerb, die Aufrechterhaltung, die Dauer oder das Wiederaufleben des Anspruchs auf Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft und gleichgestellten Leistungen bei Vaterschaft*	
	<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung
4.2 von der Zurücklegung von Zeiten abhängig ist, bitten wir Sie, die einschlägigen Zeiten der Versicherung, Beschäftigung, selbständigen Erwerbstätigkeit oder Wohnzeiten zu bestätigen, welche die betreffende Person nach Ihren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat	
4.2.1 vom*	[DD/MM/YYYY].....
4.2.2 bis	[DD/MM/YYYY].....

5. Betroffene Leistungskategorie*

- Krankheit
- Mutterschaft
- Vaterschaft

6. Zusätzliche Informationen

6.1 Zusätzliche Informationen [500].....

Unterschrift des absendenden Trägers:

Datum [DD/MM/YYYY].....
Unterschrift Stempel