

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

Krankheit — Mutterschaft — Tod (Sterbegeld) — Invalidität

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 9 Absatz 2; Artikel 18 Absatz 1; Artikel 38 Absatz 1; Artikel 64

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 6 Absatz 2; Artikel 16; Artikel 39 Absätze 1 und 2; Artikel 79

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

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

Teil A

| | |
|-----|--|
| 1. | Träger, an den der Vordruck gerichtet wird |
| 1.1 | Bezeichnung: |
| 1.2 | Kenn-Nr. des Trägers: |
| 1.3 | Anschrift: |
| | |

| | |
|-----|--|
| 2. | Versicherter |
| 2.1 | Name ⁽²⁾ : |
| 2.2 | Vornamen ⁽³⁾ : Geburtsdatum: |
| 2.3 | Frühere Namen: |
| 2.4 | Persönliche Kenn-Nr.: |
| 2.5 | Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine <input type="checkbox"/> abhängige Beschäftigung <input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit ausgeübt in ⁽⁴⁾ |
| 2.6 | <input type="checkbox"/> Name oder Firma des letzten Arbeitgebers <input type="checkbox"/> Letzte selbständige Tätigkeit Anschrift: |
| 2.7 | <input type="checkbox"/> Frühere Arbeitgeber: [Name und Anschrift] <input type="checkbox"/> Frühere selbständige Tätigkeiten: |

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

3.1 vom an

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

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

zurückgelegt hat.

4. Zuständiger Träger

4.1 Bezeichnung:

4.2 Kenn-Nr. des Trägers:

4.3 Anschrift:

4.4 Stempel

4.5 Datum:

4.6 Unterschrift:

Teil B

5. Der/Die in Feld 2 Genannte

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

5.2 hat seit dem

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

6.1 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.2 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.3 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.4 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.5 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.6 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.7 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.8 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.9 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

6.10 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7. folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

7.1 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.2 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.3 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.4 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.5 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.6 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.7 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.8 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.9 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

7.10 vom bis (8) für den (9) Versicherungsfall (10)

8. Träger, der Teil B auszufüllen hat

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

8.4 Stempel

8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck zunächst ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (²) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (³) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) Der Staat ist anzugeben.
- (⁵) Nur wenn die Bescheinigung für einen belgischen, französischen, griechischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt ist, ist die Leistungsart mit folgender Kennzeichnung anzugeben: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.
- (⁶) Für französische und lettische Träger.
- (⁷) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.
- (⁸) Ist der Vordruck für einen belgischen, tschechischen, griechischen, lettischen, litauischen, polnischen oder liechtensteinischen Träger bestimmt, so sind die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgender Kennzeichnung anzugeben: D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.
- Ist die Bescheinigung für einen deutschen, litauischen, luxemburgischen oder polnischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben: P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.
- (⁹) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:
A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; O = Invalidität.
- (¹⁰) Ist der zuständige Träger ein zyprischer, deutscher, irischer, ungarischer oder österreichischer Träger oder ein Träger des Vereinigten Königreichs, das Kästchen mit einem Kreuz versehen, sofern die Versicherungs- oder Wohnzeit einer tatsächlichen Beschäftigungszeit entspricht, und angeben, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handelt.