



Antwort auf 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. In Beantwortung Ihres S040 vom	
4.1 Datum*	[DD/MM/YYYY].....
4.2 Information*	
	Wir teilen mit, dass die betreffende Person keine <input type="checkbox"/> Zeiten nach unseren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat Wir bestätigen, dass die betreffende Person die <input type="checkbox"/> angefragten Zeiten nach unseren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat

5. Versicherungszeit 	
5.1 vom	[DD/MM/YYYY].....

5.2 Bis	[DD/MM/YYYY].....
5.3 Versicherungsart	
	<input type="checkbox"/> Pflichtversicherung
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung
	<input type="checkbox"/> Freiwillige Weiterversicherung

6. Beschäftigungszeit ↻	
6.1 vom	[DD/MM/YYYY].....
6.2 Bis	[DD/MM/YYYY].....

7. Zeit einer selbstständigen Erwerbstätigkeit ↻	
7.1 vom	[DD/MM/YYYY].....
7.2 Bis	[DD/MM/YYYY].....

8. Wohnzeit ↻	
8.1 vom	[DD/MM/YYYY].....
8.2 Bis	[DD/MM/YYYY].....

9. Zusätzliche Informationen	
9.1 Zusätzliche Informationen	[500].....

Unterschrift des absendenden Trägers:	
Datum	[DD/MM/YYYY].....
Unterschrift	Stempel