

**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 <sup>(2)</sup> : .....	
2.2	Vornamen <sup>(3)</sup> : .....	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 <sup>(4)</sup> .....	
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 <sup>(5)</sup>       Todes (Sterbegeld)       Invalidität <sup>(6)</sup>  
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 <sup>(7)</sup>

5.2  hat seit dem .....

6. Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt:  <sup>(5)</sup>

6.1 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.2 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.3 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.4 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.5 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.6 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.7 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.8 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.9 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

6.10 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7. folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

7.1 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.2 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.3 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.4 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.5 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.6 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.7 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.8 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.9 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

7.10 vom ..... bis ..... <sup>(8)</sup> für den <sup>(9)</sup> Versicherungsfall .....  <sup>(10)</sup>

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

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Die Namen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (<sup>3</sup>) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (<sup>4</sup>) Der Staat ist anzugeben.
- (<sup>5</sup>) 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.
- (<sup>6</sup>) Für französische und lettische Träger.
- (<sup>7</sup>) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.
- (<sup>8</sup>) 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.
- (<sup>9</sup>) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:  
A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod/Sterbegeld; O = Invalidität.
- (<sup>10</sup>) 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.