

**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 abhängige Beschäftigung ..... selbständige Tätigkeit ausgeübt in <sup>(4)</sup> .....
2.6	Name oder Firma des letzten Arbeitgebers ..... Letzte selbständige Tätigkeit ..... Anschrift: .....
2.7	Frühere Arbeitgeber: ..... Frühere selbständige Tätigkeiten: [Name und Anschrift] .....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

- 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**

- (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 6 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.
-