

**BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND IHRER FAMILIENANGEHÖRIGEN
UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE**

*Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 29 Absätze 1, 2 und 3; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 95 Absatz 4*

Der Träger, der nach Artikel 29 Absatz 2 oder Artikel 30 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die Bescheinigung ausstellen muss, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten oder seinem Familienangehörigen aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Beide Ausfertigungen sind gegebenenfalls zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 6 und Feld 7 ausfüllen muss. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung je Rentner oder Familienangehöriger an den in Feld 8 genannten Träger.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst vier Seiten.

A. Anspruchsbestätigung

1.	Träger des Wohnorts ⁽²⁾
1.1	Bezeichnung:
1.2	Kenn-Nr. des Trägers:
1.3	Anschrift:
1.4	Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom

2.	Rentenberechtigter	
2.1	Name(n) ⁽³⁾ :	Geburtsname(n) (falls abweichend):
2.2	Vorname(n):	Geburtsdatum:
2.3	Anschrift im Wohnland:	
2.4	Datum der Wohnsitzverlegung:	
2.5	Persönliche Kenn-Nr.:	
2.6	Der Rentner war	
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	
	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Arbeitnehmer)	
	<input type="checkbox"/> Grenzgänger (Selbständiger)	
	<input type="checkbox"/> Arbeitsloser	

3.	Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen		
3.1	Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen		
	<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> Invalidität	<input type="checkbox"/> Hinterbliebene
	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Berufskrankheit	
3.2	seit		

4.	Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat ⁽⁴⁾		
4.1	Bezeichnung:		
4.2	Kenn-Nr. des Trägers:		
4.3	Anschrift:		
4.4	Stempel		4.5 Datum:
			4.6 Unterschrift:

5. Familienangehöriger des Rentners

5.1 Name(n)⁽³⁾: Geburtsname(n) (falls abweichend)⁽³⁾:

5.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

5.3 Anschrift im Wohnland:

5.4 Persönliche Kenn-Nr.:

5.5 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung:

6. Auszufüllen vom rentenpflichtigen Träger oder vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung des rentenpflichtigen Staates⁽⁵⁾

6.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers:

6.2 Die in Feld 2 genannte Person
 Die in Feld 5 genannte Person
hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom an

6.3 Die in dem Staat, in dem diese Person wohnt — also in einem anderen als dem zuständigen Staat — zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten

6.4 vom an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.5 ein Jahr vom an⁽⁶⁾

6.6 Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E vom ungültig

7. Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte der in Feld 2 oder 5 angeführten Person mit der Nummer, gültig bis

8. Träger, der Feld 6 ausgefüllt hat⁽⁴⁾

8.1 Bezeichnung:

8.2 Kenn-Nr. des Trägers:

8.3 Anschrift:

8.4 Stempel 8.5 Datum:

8.6 Unterschrift:

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9. ⁽⁷⁾

9.1 Die in Feld 2 genannte Person
 Die in Feld 5 genannte Person
wurde bei uns nicht eingetragen

9.2 weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist

9.3 sonstige Gründe:

10. (?)10.1 Die in Feld 2 genannte Person Die in Feld 5 genannte Person

wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen

10.2 Diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten; die Berechnung des Pauschbetrags nach Artikel 95 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem

11. Europäische Krankenversicherungskarte

11.1 In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, wie in Feld 7 verlangt.11.2 Geben Sie bitte die angewendeten Maßnahmen betreffend die an die in Feld 2 oder 5 angeführte Person ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer, gültig bis bekannt.

12. Träger des Wohnorts des Rentenberechtigten oder des Familienangehörigen

12.1 Bezeichnung:

12.2 Kenn-Nr. des Trägers:

12.3 Anschrift:

12.4 Stempel

12.5 Datum:

12.6 Unterschrift:

Hinweise für Rentner und Familienangehörige*Die beiden Ausfertigungen dieser Bescheinigung müssen Sie so bald wie möglich dem Versicherungsträger vorlegen:**in Belgien: bei der „Mutualité“, „Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;**in der Tschechischen Republik: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) am Wohnort;**in Zypern: beim Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprierte Krankenversicherungskarte, ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist;**in Dänemark: bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;**in Deutschland: bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl;**in Griechenland: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die der betreffenden Person ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne dass Sachleistungen nicht gewährt werden;**in Spanien: bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit) des Wohnorts;**in Estland: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estrnische Krankenkasse);**in Frankreich: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse);**in Irland: beim „Health Board“ (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;**in Italien: bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);**in Lettland: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);**in Litauen: bei der „Teritorinė ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse);**in Luxemburg: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);**in Ungarn: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Bezirkskrankenkasse);**in Malta: bei der „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Anspruchsabteilung, Ministerium für Gesundheit), 23 St. John Street, Valletta;**in den Niederlanden: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse;**in Österreich: bei der für Ihren Wohnort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;**in Polen: bei der für den Wohnort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);**in Portugal: Mutterland: beim „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Regionalstelle für Solidarität und soziale Sicherheit) des Wohnorts; Madeira: beim „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Zentrum für soziale Sicherheit Madeiras), Funchal; Azoren: beim „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Zentrum für Geldleistungen) des Wohnortes;**in Slowenien: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens) des Wohnorts;**in der Slowakei: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung);**in Finnland: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt);**in Schweden: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse) des Wohnorts;*

in **Island**: bei der „Tryggingastofnun rikisins“ (Landessozialversicherungsanstalt), Reykjavik;

in **Liechtenstein**: beim „Amt für Volkswirtschaft“, Vaduz;

in **Norwegen**: beim „lokale Trygdekontor“ (örtliches Versicherungsamt) des Wohnorts;

in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn.

ANMERKUNGEN

- (¹) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck 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) Nur auszufüllen, falls der Vordruck auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird. Wohnt der Rentner oder der Familienangehörige des Rentners im Vereinigten Königreich, sind beide Ausfertigungen des Vordrucks direkt an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.
- (³) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (⁴) In Ungarn ist dieses Feld vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung auszufüllen.
- (⁵) In Italien sind Feld 6 und 7 von der ASL — Azienda sanitaria locale (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung) oder vom Gesundheitsministerium auszufüllen.
- (⁶) Falls der von einem deutschen, französischen, ungarischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellte Vordruck einen Familienangehörigen betrifft.
- (⁷) Entweder Feld 8 oder Feld 9 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
