

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

**Krankheit – Mutterschaft – Tod (Sterbegeld) – Tuberkulose**

VO 1408/71: Art. 9.2; Art. 18.1; Art. 38.1; Art. 64  
 VO 574/72: Art. 6.2; Art. 16; Art. 39.1 und 2; Art. 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.

**Teil A**

<b>1.</b>	An den Träger
1.1	Bezeichnung .....
1.2	Anschrift <sup>(2)</sup> .....
	.....
	.....

<b>2.</b>	Versicherter		
2.1	Name <sup>(2a)</sup> .....		
2.2	Vornamen .....	Frühere Namen <sup>(2a)</sup> .....	Geburtsdatum .....
2.3	Versicherungsnummer .....		
2.4	Ab dem unter 3.1 angegebenen Zeitpunkt hat der Versicherte eine		
	abhängige Beschäftigung .....	selbständige Tätigkeit ausgeübt <sup>(3)</sup> .....	
2.5	Name oder Firma des letzten Arbeitgebers .....		
	Letzte selbständige Tätigkeit .....		
	Anschrift <sup>(2)</sup> .....		
2.6	Frühere Arbeitgeber <sup>(4)</sup> .....	Frühere selbständige Tätigkeiten .....	
	[Name oder Firma und Anschrift <sup>(2)</sup> ] .....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	

**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)                      Tuberkulose

Invalidität <sup>(5b)</sup>

zurückgelegt hat.

<b>4.</b>	Zuständiger Träger		
4.1	Bezeichnung .....	Kenn-Nr. <sup>(5a)</sup> .....	
4.2	Anschrift <sup>(2)</sup> .....		
	.....		
4.3	Stempel .....	4.4	Datum .....
		4.5	Unterschrift .....
			.....

Teil B

**5.** Versicherter <sup>(6)</sup>

5.1 Name <sup>(2a)</sup> .....

5.2 Vornamen ..... Frühere Namen <sup>(2a)</sup> ..... Geburtsdatum .....

5.3 Versicherungsnummer .....

**6.** Der/die ..... in Feld 2 ..... in Feld 5 Genannte ..... <sup>(8b)</sup>

6.1 ist seit dem unter 3.1 genannten Zeitpunkt für den Fall der Krankheit/Mutterschaft versichert

6.2 hat ..... in den letzten drei Jahren <sup>(8)</sup> ..... in den letzten fünf Jahren <sup>(8a)</sup> seit dem .....

**7.** Versicherungs- oder Beschäftigungszeiten für folgende Leistungen zurückgelegt:  <sup>(5) (7)</sup>

7.1 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.2 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.3 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.4 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.5 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.6 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.7 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.8 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.9 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

7.10 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

**8.** Folgende Wohnzeiten zurückgelegt:

8.1 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.2 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.3 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.4 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.5 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.6 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.7 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.8 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.9 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

8.10 vom ..... bis ..... <sup>(9)</sup> für den <sup>(10)</sup> Versicherungsfall ..... <sup>(11)</sup>

**9.** Träger, der Teil B auszufüllen hat

9.1 Bezeichnung .....

9.2 Anschrift <sup>(2)</sup> .....

9.3 Stempel ..... 9.4 Datum .....

9.5 Unterschrift .....

## HINWEISE

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Er umfasst 3 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf. Beim Ausfüllen nicht vor der punktierten Linie anfangen und nicht darüber hinaus schreiben.**

## ANMERKUNGEN

- (\*) EWR-Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit: Im Zusammenhang mit diesem Abkommen erstreckt sich die Verwendung dieses Vordruckes auch auf Island, Liechtenstein und Norwegen. Dieser Vordruck ist jedoch nicht anwendbar in den Beziehungen zwischen den EU-Mitgliedstaaten einerseits und Island, Norwegen sowie Liechtenstein andererseits, soweit es sich um schweizerische Staatsangehörige handelt.
- (\*\*) Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit, Anhang II, Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit: Zwecks Anwendung dieses Abkommens erstreckt sich die Verwendung dieses Vordruckes auch auf die Schweiz. Dieser Vordruck ist jedoch nicht anwendbar in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten, soweit es sich um isländische, norwegische sowie liechtensteinische Staatsangehörige handelt.
- (1) Kennbuchstabe des Landes, in dem der Vordruck ausgefüllt wird: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; P = Portugal; GB = Vereinigtes Königreich; A = Österreich; FIN = Finnland; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen; S = Schweden; CH = Schweiz.
- (2) Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Rufnummer.
- (2a) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.  
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchennamen) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.
- (3) Der Staat ist anzugeben.
- (4) Nach Möglichkeit ausfüllen.
- (5) Wenn die Bescheinigung für einen belgischen, griechischen, französischen, liechtensteinischen oder schweizerischen Träger bestimmt ist, die Leistungsart wie folgt kennzeichnen: N = Sachleistungen; E = Geldleistungen.
- (5a) Einzusetzen, falls vorhanden.
- (5b) Zur Verwendung durch französische Träger.
- (6) Nur auszufüllen, wenn die Bescheinigung dem Versicherten ausgehändigt wird.
- (7) Ist die Bescheinigung für einen italienischen Träger bestimmt, um Geldleistungen bei Tuberkulose zu erhalten, und weist der Betreffende kein volles Beitragsjahr nach, sind alle von ihm zurückgelegten Versicherungszeiten einzusetzen.
- (8) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein Träger des Vereinigten Königreichs ist.
- (8a) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein irischer Träger ist.
- (8b) Nur auszufüllen, wenn der zuständige Träger ein belgischer Träger ist.
- (9) Ist die Bescheinigung für einen griechischen Träger bestimmt, die Zeiten abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit mit folgendem Schlüssel angeben: D = abhängige Beschäftigung; I = selbständige Tätigkeit.  
Ist die Bescheinigung für einen deutschen oder luxemburgischen Träger bestimmt, sind die Versicherungszeiten in Feld 7 mit folgender Kennzeichnung anzugeben: P = Pflichtversicherung; F = freiwillige Versicherung.
- (10) Die Art der Versicherung ist wie folgt zu kennzeichnen:  
A = Krankheit/Mutterschaft; B = Tod (Sterbegeld); C = Tuberkulose; O = Invalidität.
- (11) Ist der zuständige Träger ein deutscher, irischer 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 nachstehend angeben, ob es sich um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handelt.