

BESCHEINIGUNG ZUR EINTRAGUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN DER VERSICHERTEN UND FÜR DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 2  
Verordnung (EWG) Nr. 574/74: Artikel 17 Absätze 1, 2, 3 und 4; Artikel 94 Absatz 4

Der zuständige Träger füllt Teil A aus und händigt dem Versicherten zwei Ausfertigungen des Vordrucks aus oder sendet diese, ggf. über die Verbindungsstelle, an den Träger des Wohnorts, falls dieser den Vordruck beantragt hat. Wohnen die Familienangehörigen des Arbeitnehmers oder Selbständigen im Vereinigten Königreich, übersendet der zuständige Träger beide Ausfertigungen dem „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre“, Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung an den zuständigen Träger zurück. Wohnen die Familienangehörigen in verschiedenen Ländern, ist für jedes Land eine Bescheinigung auszustellen.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 4 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

A. Anspruchsbestätigung

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

|     |   |
|-----|---|
| 2.  | Der Versicherte   |
| 2.1 | Name(n) <sup>(3)</sup> : .....  |
| 2.2 | Vorname(n) <sup>(4)</sup> : ..... Geburtsdatum: .....                 |
| 2.3 | Frühere Namen: .....  |
| 2.4 | Anschrift: .....  |
| 2.5 | Persönliche Kenn-Nr.: .....   |
| 2.6 | Der Versicherte <input type="checkbox"/> ist selbständig erwerbstätig |

|     |   |
|-----|---|
| 3.  | Familienangehöriger                                   |
| 3.1 | Name(n) <sup>(3)</sup> : .....                        |
| 3.2 | Vorname(n) <sup>(4)</sup> : ..... Geburtsdatum: ..... |
| 3.3 | Frühere Namen: .....                                  |
| 3.4 | Anschrift: .....                                      |
| 3.5 | Persönliche Kenn-Nr.: .....                           |

- 4. Die Familienangehörigen des obgenannten Versicherten haben auf Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung nur Anspruch,  
 wenn sie nach den Rechtsvorschriften ihres Wohnlandes nicht leistungsberechtigt sind <sup>(5)</sup>  
 wenn sie nicht berufstätig sind <sup>(5)</sup>
- 5. Der Anspruch beginnt am .....

6. und besteht

- 6.1  bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung
- 6.2  für ein Jahr von dem unter Nummer 5 angegebenen Tag an <sup>(6)</sup>
- 6.3  bis zum vorgesehenen Abschluss der Saisonarbeit, d. h.
- 6.4  bis einschliesslich <sup>(7)</sup> .....

7.  Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte des in Feld 3 angeführten Familienangehörigen mit der Nummer ....., gültig bis .....

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

8.4 Stempel 8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift: .....

**B. Eintragungsmitteilung <sup>(8)</sup>**

9.  <sup>(9)</sup>

Die folgenden Familienangehörigen wurden nicht eingetragen

|      | Name <sup>(3)</sup> | Vornamen <sup>(4)</sup> | Geburtsdatum | Persönliche Kenn-Nr. |
|------|---------------------|-------------------------|--------------|----------------------|
| 9.1  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.2  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.3  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.4  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.5  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.6  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.7  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.8  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.9  | .....               | .....                   | .....        | .....                |
| 9.10 | .....               | .....                   | .....        | .....                |

weil

- sie nicht anspruchsberechtigt sind
- sie schon sachleistungsberechtigt sind
- sonstige Gründe

10.  <sup>(9)</sup>

Wir haben folgende Familienangehörigen des in Feld 2 genannten Versicherten bei uns eingetragen

|      | Name(n) <sup>(3))</sup> | Vorname(n) <sup>(4)</sup> | Geburtsdatum | Persönliche Kenn-Nr. |
|------|-------------------------|---------------------------|--------------|----------------------|
| 10.1 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.2 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.3 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.4 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.5 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.6 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.7 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.8 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |
| 10.9 | .....                   | .....                     | .....        | .....                |

10.10 Die Aufwendungen für diese Leistungen gehen zu Ihren Lasten. Die Berechnung der Pauschbeträge nach Artikel 94 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beginnt mit dem .....

|      |  |
|------|--|
| 11.  | Europäische Krankenversicherungskarte  |
| 11.1 | <input type="checkbox"/> In der Anlage übermitteln wir die Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., wie in Feld 7 verlangt.   |
| 11.2 | <input type="checkbox"/> Geben Sie bitte die anzuwendenden Maßnahmen betreffend die an den in Feld 3 angeführten Familienangehörigen ausgegebene Europäische Krankenversicherungskarte mit der Nummer ....., gültig bis ..... bekannt. |

|      |                             |      |                     |
|------|-----------------------------|------|---------------------|
| 12.  | Träger des Wohnorts         |      |                     |
| 12.1 | Bezeichnung: .....          |      |                     |
| 12.2 | Kenn-Nr. des Trägers: ..... |      |                     |
| 12.3 | Anschrift: .....            |      |                     |
| 12.4 | Stempel                     | 12.5 | Datum: .....        |
|      |                             | 12.6 | Unterschrift: ..... |

#### Hinweise für die Versicherten

- a) Ihre Familienangehörigen haben aufgrund dieses Vordrucks in dem Land, in dem sie wohnen, nach dessen Rechtsvorschriften Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, sofern sie nicht bereits aufgrund der genannten Rechtsvorschriften sachleistungsberechtigt sind.
- b) Sie müssen die beiden Ausfertigungen dieses Vordrucks unmittelbar nach Erhalt an Ihre Familienangehörigen senden, die sie unverzüglich beim Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung Ihres Wohnorts vorlegen müssen, und zwar:
- in **Belgien**: bei der „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;  
in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) am Wohnort;  
in **Dänemark**: bei der Gemeindeverwaltung des Wohnorts;  
in **Deutschland**: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;  
in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estonische Krankenkasse).  
in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;  
in **Spanien**: bei der „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinzdirektion der Landesanstalt für soziale Sicherheit);  
in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Krankenkasse);  
in **Irland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive“ (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);  
in **Italien**: in der Regel bei der gebietsmässig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);  
in **Zypern**: beim „Υπουργείο Υγείας“ (Gesundheitsministerium, 1448 Lefkosia), Träger für Krankheit und Mutterschaft; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zypriische Krankenversicherungskarte („Cyprus Medical Card“), ohne die eine Erbringung von Sachleistungen durch die staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht möglich ist.  
in **Lettland**: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);  
in **Litauen**: bei der „Teritorinį ligoņu kasa“ (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;  
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 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 für den Wohnort zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens);  
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) am Wohnort;  
im **Vereinigten Königreich**: beim „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“ (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, oder für Nordirland beim „Department for Social Development“ (Ministerium für soziale Entwicklung), „Overseas Benefits Branch“ (Referat Leistungen für im Ausland wohnende Anspruchsberechtigte), Block 2, Castle Buildings, Belfast;  
in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;  
in **Liechtenstein**: beim Amt für Volkswirtschaft, Vaduz;  
in **Norwegen**: beim örtlichen „Trygdekontor“ (Versicherungsamt) am Wohnort.  
in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal – Istituzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG“, Solothurn.
- c) Der Vordruck ist ab dem unter Nummer 5 genannten Zeitpunkt und für die in Feld 6 durch das angekreuzte Kästchen bezeichnete Dauer gültig.
- d) Sie bzw. ihre Familienangehörigen haben den Versicherungsträger von jeder Änderung der Verhältnisse zu unterrichten, die den Anspruch auf Sachleistungen ändern kann, insbesondere von jeder Beendigung oder jedem Wechsel der Beschäftigung und von jedem Wechsel Ihres Wohn- oder Aufenthaltsorts.

**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 die Bescheinigung auf Antrag des Wohnortträgers ausgestellt wird.
- (3) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (4) Die Vornamen sind in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (5) Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn der Vordruck für einen irischen Träger oder einen Träger des Vereinigten Königreichs bestimmt ist.
- (6) Wenn der Vordruck von einem deutschen, französischen, italienischen oder portugiesischen Träger ausgestellt wurde.
- (7) Wenn der Vordruck von einem griechischen oder ungarischen Träger oder von einem Träger des Vereinigten Königreichs für Arbeitnehmer oder Selbständige ausgestellt wurde.
- (8) Wird mit dieser Bescheinigung eine frühere Bescheinigung verlängert, braucht der Träger des Wohnorts Teil B nicht auszufüllen.
- (9) Entweder Feld 9 oder Feld 10 ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.