

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22777 Hamburg

Frau
Marion Babilon
c/o Erika Fischer
An der Liede 33
36039 Fulda

Gesetzliche Krankenversicherung
Fachzentrum Mitgliedschaft und Beitrag
Postanschrift DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Telekontakt Telefon: 0361 789228-9470
Telefax: 0361 789228-7000
24 Stunden an 365 Tagen
E-Mail: service412818@dak.de

Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Rabanusstr. 11
36037 Fulda

Mo - Mi 08:00 - 16:00 Uhr
Do 08:00 - 17:00 Uhr
Fr 08:00 - 13:00 Uhr

Versicherten-Nr. Z 764 920 772

unser Zeichen Z 764 920 772-412200-18900-CL

Datum 14.08.2019

Ihre Mitgliedschaft

Sehr geehrte Frau Babilon,

wir haben eine gute Nachricht für Sie: Auch wenn Sie außerhalb Deutschlands leben, können Sie Leistungen der DAK-Gesundheit in Anspruch nehmen.

Ihre Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit bleibt bestehen, da Sie eine deutsche Rente beziehen und im Wohnstaat keine Beschäftigung ausüben bzw. keine Rente im Wohnstaat beziehen.

Um den Versicherungsschutz im Wohnstaat vollumfänglich gewährleisten zu können, leiten Sie bitte die beigefügte Bescheinigung E 121 an Ihre Krankenkasse im Wohnstaat weiter. Sie erhalten dann eine Versichertenkarte, die Sie wie gewohnt einsetzen können. Ihre Versicherung bei uns bleibt ebenfalls gültig.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der Rückseite dieses Schreibens.

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie Ihren Wohnsitz erneut verlegen oder eine Rente im Wohnstaat beantragen.

Bei Fragen melden Sie sich gern bei uns.

Freundliche Grüße

Ihre DAK-Gesundheit
Team Mitgliedschaft und Beitrag

Anlage

Formular E121

Wichtige Hinweise

Leistungen im Ausland

Welche Leistungen Sie im Ausland nutzen können, richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des Landes, in dem Sie leben. Für Informationen dazu wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse vor Ort.

Ohne die beigefügte Bescheinigung haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen gegenüber Ihrer Krankenkasse im Ausland. Außerdem können von Ihnen selbst gezahlte Leistungen nicht übernommen werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Pflegegeld

Pflegegeld bekommen Sie von uns. Voraussetzung ist, dass Sie die gesetzliche Vorversicherungszeit erfüllen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Pflegebedürftigkeit bestätigt hat.

Pflegesachleistungen, die Sie von Ihrer Kasse im Ausland bekommen und die den deutschen Pflegesachleistungen entsprechen, wirken sich auf die Höhe des Pflegegelds aus. Unter Umständen bekommen Sie zeitweise gar kein Pflegegeld von uns.

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

Verordnung Nr. 14008/ 71: Artikel 28 abs. 1a; 29 abs. 1a; Verordnung 574/ 72: Artikel 29 abs. 1,2 und 3; 30 Abs. 1; 95 Abs. 4

Verordnung 883/04: Artikel 24, 25, 26; Verordnung 987/09: Artikel 24

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 Familieangehöriger an den in Feld 7 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):
Babilon
2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:
Marion **09.10.1931**
2.3 Anschrift im Wohnland: **Carrer de la Llacuna 150, 5-2**
08018 Barcelona
2.4 Datum der Wohnsitzverlegung: **21.08.2019**
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: **Z764920772**
2.6 Der Rentner war
 Arbeitnehmer
 Selbstständiger
 Grenzgänger (Arbeitnehmer)
 Grenzgänger (Selbstständiger)
 Arbeitsloser

3. Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

- 3.1 Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen
 Alter Invalidität Hinterbliebene
 Arbeitsunfall Berufskrankheit
3.2 seit **01.01.1997**

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

- 4.1 Bezeichnung: **DAK-Gesundheit**
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: **105830016**
4.3 Anschrift: **Nagelsweg 27-31**
20097 Hamburg
4.4 Stempel  Team Ausland
Nagelsweg 27-31
Gesundheit 22778 Hamburg
- 4.5 Datum: **14.08.2019**
4.6 Unterschrift:
Carolin Kröger 

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: 105830016	
6.2	<input checked="" type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person	<input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person
	hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom 01.01.2014 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	<input checked="" type="checkbox"/> vom 21.08.2019 an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung	
6.5	<input type="checkbox"/> ein Jahr vom an ⁽⁶⁾	
6.6	<input type="checkbox"/> 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: DAK-Gesundheit	
8.2	Kenn-Nr. des Trägers: 105830016	
8.3	Anschrift: Nagelweg 27-31 20097 Hamburg	
8.4	Stempel  DAK Team Ausland Nagelweg 27-31 Gesundheit 22778 Hamburg	8.5 Datum: 14.08.2019
		8.6 Unterschrift: Carolin Kröger 

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9.	<input type="checkbox"/> (?)
9.1	<input type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person <input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person wurde bei uns nicht eingetragen
9.2	<input type="checkbox"/> weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist
9.3	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe:

10.	<input type="checkbox"/> (')		
10.1	<input type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person <input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen		
10.2	<input type="checkbox"/> 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	<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 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 Lefkosa; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische 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 das 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“ (Estnische 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 ligoniu 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 poist'ovňa“ (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.
-

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

Verordnung Nr. 14008/ 71: Artikel 28 abs. 1a; 29 abs. 1a; Verordnung 574/ 72: Artikel 29 abs. 1,2 und 3; 30 Abs. 1; 95 Abs. 4

Verordnung 883/04: Artikel 24, 25, 26; Verordnung 987/09: Artikel 24

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 Familieangehöriger an den in Feld 7 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):
Babilon
2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:
Marion **09.10.1931**
2.3 Anschrift im Wohnland: **Carrer de la Llacuna 150, 5-2**
08018 Barcelona
2.4 Datum der Wohnsitzverlegung: **21.08.2019**
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: **Z764920772**
2.6 Der Rentner war
 Arbeitnehmer
 Selbstständiger
 Grenzgänger (Arbeitnehmer)
 Grenzgänger (Selbstständiger)
 Arbeitsloser

3. Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

- 3.1 Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen

Alter

Invalidität

Hinterbliebene

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

- 3.2 seit **01.01.1997**

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

- 4.1 Bezeichnung: **DAK-Gesundheit**
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: **105830016**
4.3 Anschrift: **Nagelsweg 27-31**
20097 Hamburg
4.4 Stempel  Team Ausland
Nagelsweg 27-31
Gesundheit 22778 Hamburg
- 4.5 Datum: **14.08.2019**
4.6 Unterschrift:
Carolin Kröger 

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: 105830016	
6.2	<input checked="" type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person	<input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person
	hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom 01.01.2014 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	<input checked="" type="checkbox"/> vom 21.08.2019 an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung	
6.5	<input type="checkbox"/> ein Jahr vom an ⁽⁶⁾	
6.6	<input type="checkbox"/> 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: DAK-Gesundheit	
8.2	Kenn-Nr. des Trägers: 105830016	
8.3	Anschrift: Nagelweg 27-31 20097 Hamburg	
8.4	Stempel  DAK Team Ausland Nagelweg 27-31 Gesundheit 22778 Hamburg	8.5 Datum: 14.08.2019
		8.6 Unterschrift: Carolin Kröger 

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9.	<input type="checkbox"/> (?)
9.1	<input type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person <input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person wurde bei uns nicht eingetragen
9.2	<input type="checkbox"/> weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist
9.3	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe:

10.	<input type="checkbox"/> (')		
10.1	<input type="checkbox"/> Die in Feld 2 genannte Person <input type="checkbox"/> Die in Feld 5 genannte Person wurde bei uns als sachleistungsberechtigt eingetragen		
10.2	<input type="checkbox"/> 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	<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 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 Lefkosa; die betroffene Person erhält auf Antrag eine zyprische 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 das 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“ (Estnische 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 ligoniu 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 poist'ovňa“ (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), Reykjavík;

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.
-