

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT/ MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei
grenzüberschreitenden Fällen**

G0105

Name, Vorname	Geburtsdatum

<p>1 Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland zahlen.</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>	
<p>Staat</p>	
<p>2 Besteht aufgrund Ihrer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit eine Versicherungspflicht zur Sozialversicherung im Ausland?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bescheinigung S1 beziehungsweise E 106 bei!)</p>	
<p>Name und Anschrift des Sozialversicherungsträgers</p>	
<p>3 Beziehen Sie eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Krankengeld) von einer Stelle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Name und Anschrift des Leistungsträgers</p>	
<p>4 Haben Sie aktuell einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Bei welcher Stelle (Name und Anschrift)?</p>	
<p>Aktenzeichen</p>	
<p>5 Unterschrift</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers</p>



