

ANTRAG AUF GELDLLEISTUNGEN WEGEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii

Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 2 und 3; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 2 und 3; Artikel 64

Ist der Vordruck auf einen Erwerbstätigen ausgestellt, so ist er nur in einfacher Ausfertigung auszustellen und an den zuständigen Träger der Krankenversicherung oder einer Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu senden. Ist er hingegen auf einen Arbeitslosen ausgestellt, sind weitere zwei Ausfertigungen erforderlich, von denen eine an den zuständigen Arbeitslosenversicherungsträger und die andere an den entsprechenden Träger des Landes zu senden ist, in dem sich der Arbeitslose zur Arbeitssuche aufhält.

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

1. Zuständiger Träger

1.1 Bezeichnung:

1.2 Anschrift:
.....

1.3 Kenn-Nr. des Trägers:
.....

2. Arbeitnehmer Selbständiger Arbeitsloser

2.1 Name(n)⁽²⁾: Geburtsname (falls abweichend):

2.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

2.3 Persönliche Kenn-Nr.:

2.4 Inhaber des am ausgestellten Vordrucks E 119⁽³⁾
und eines am ausgestellten Vordrucks E 303⁽³⁾

3. Arbeitgeber⁽⁴⁾

3.1 Name des Arbeitgebers oder Firma:

3.2 Anschrift:
.....

A. ⁽⁵⁾ Antrag auf Leistungen

4. Der in Feld 2 Genannte hat am (Datum)
Geldleistungen beantragt wegen

stationärer Behandlung vom bis (Daten) in einem Krankenhaus oder in einem Präventions- oder Rehabilitationszentrum⁽⁶⁾

Arbeitsunfähigkeit
infolge

4.1 Krankheit Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung:)

Arbeitsunfall Unfall am (Datum)

Berufskrankheit Adoption gekürzter Vergütung im Falle von Mutterschaft und Adoption

5. Die Bescheinigung des behandelnden Arztes
 ist beigefügt. konnte nicht vorgelegt werden.

6.	Laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,	<input type="checkbox"/> dessen Bericht beigefügt wird,
		<input type="checkbox"/> dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,
6.1	<input type="checkbox"/> hat die Arbeitsunfähigkeit am begonnen und dauert voraussichtlich bis	
6.2	<input type="checkbox"/> liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor ⁽⁷⁾	

7. Der Genannte erfüllt aus folgenden Gründen nicht die Voraussetzungen nach unseren Rechtsvorschriften:
.....
.....

- 8. Die Arbeitsunfähigkeit wurde wahrscheinlich durch einen von einem Dritten verschuldeten Unfall verursacht.
- 8.1 Die Arbeitsunfähigkeit war auf andere besondere Umstände zurückzuführen, wie in den beigefügten Unterlagen erläutert.
- 8.2 Ein Bericht über diesen Unfall mit Angabe der Anschrift des beteiligten Dritten ist beigefügt.
- 8.3 Weitere Unterlagen zur Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind diesem Vordruck beigefügt.
- 9. Wir sind bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen, und bitten Sie, falls Sie damit einverstanden sind, um Mitteilung aller zweckdienlichen Angaben⁽⁸⁾.
- 10. Wir sind nicht bereit, dem Genannten die Geldleistungen für Ihre Rechnung zu zahlen.

B. ⁽⁵⁾ Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit

11.	Unter Bezug auf	
11.1	<input type="checkbox"/> unseren Vordruck E 115 vom	(Datum)
11.2	<input type="checkbox"/> Ihren Vordruck E 117 vom	(Datum)
11.3	teilen wir mit, dass der in Feld 2 Genannte laut Gutachten unseres Vertrauensarztes,	
	<input type="checkbox"/> dessen Bericht beigefügt wird,	
	<input type="checkbox"/> dessen Bericht baldmöglichst nachgereicht wird,	
	voraussichtlich noch bis einschließlich arbeitsunfähig ist.	

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

Hinweise

In Italien ist dieser Vordruck bei Krankheit oder Mutterschaft bei der örtlichen Geschäftsstelle des „Istituto nazionale della previdenza sociale — INPS“ (Staatliche Anstalt für soziale Vorsorge), bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit beim „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro — INAIL“ (Unfallversicherungsanstalt) einzureichen.

Soweit bei den Niederlanden der zuständige Krankenversicherungsträger nicht bekannt ist, ist der Vordruck an UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam, zu senden.

In Slowenien ist dieser Vordruck im Fall von Geldleistungen bei Mutterschaft beim zuständigen „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke“ (Zentrum für Sozialarbeit Ljubljana Bežigrad — zentrale Einheit für Elternschutz und Familienleistungen) einzureichen und im Fall von Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsanstalt Sloweniens).

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) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (3) Nur anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt.
- (4) Bei einem Arbeitslosen ist der letzte Arbeitgeber einzutragen.
- (5) Nur Teil A oder Teil B ausfüllen und Zutreffendes im Kästchen davor ankreuzen.
- (6) Für Personen, die bei einer deutschen Krankenkasse oder bei einem österreichischen oder belgischen Träger versichert sind: Wenn der Sozialversicherungsträger des Wohnortes den genauen Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ausstellung dieses Vordrucks nicht kennt, ist diese Information so bald wie möglich nachzureichen.
- (7) Eine Kopie des an den Versicherten gerichteten Vordrucks E 118 ist beizufügen.
- (8) Wenn der Vordruck für einen deutschen, italienischen, ungarischen oder polnischen Träger bestimmt ist, darf dieses Kästchen nicht angekreuzt werden.