

GEWÄHRUNG VON GELDLEISTUNGEN BEI MUTTERSCHAFT UND ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer i; 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 6 und 8; Artikel 24; Artikel 26 Absatz 7; Artikel 61 Absätze 6 und 8; Artikel 64

Dieser Vordruck ist vom zuständigen Träger auszufüllen und dem Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes zu übersenden. Werden die Geldleistungen vom Träger des Wohnorts gezahlt, muss der zuständige Träger auch den Arbeitnehmer davon unterrichten.

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

1. Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts

1.1	Bezeichnung: .....
1.2	Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3	Anschrift: .....

2. Bezug: Ihr Vordruck E 115 vom ..... (Datum)

3.  Arbeitnehmer  Selbständiger  Arbeitsloser

3.1	Name(n) <sup>(2)</sup> : .....	Geburtsname(n) (falls abweichend) .....
3.2	Vorname(n): .....	Geburtsdatum: .....
3.3	Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland: .....	
3.4	Persönliche Kenn-Nr.: .....	

4. Die in Feld 3 genannte Person

- 4.1  hat vorläufig, vorbehaltlich etwaiger Verlängerung, vom ..... bis ..... Anspruch auf Geldleistungen
- 4.2  hat keinen Anspruch auf Geldleistungen.  
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118
- 4.3  hat keinen Anspruch mehr auf Geldleistungen ab ..... (Datum)  
Grund: siehe beiliegenden Vordruck E 118

5. Diese Leistungen werden gezahlt<sup>(3)</sup>

- 5.1  von uns
- 5.2  von Ihnen für unsere Rechnung<sup>(4)</sup>
- 5.3  vom Arbeitgeber<sup>(5)</sup>  
vom ..... bis .....<sup>(6)</sup>

6. <sup>(7)</sup><sup>(8)</sup>

6.1	Die Geldleistung ist für alle Wochentage zu zahlen, außer	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch
		<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag
6.2	Der Tagessatz dieser Geldleistung beträgt .....			
	..... <sup>(9)</sup> netto, wenn der Versicherte nicht stationär behandelt wird,			
	..... <sup>(9)</sup> netto, wenn der Versicherte stationär behandelt wird			
6.3	<input type="checkbox"/> Werden die Geldleistungen für einen Monat geschuldet, so werden sie unabhängig davon, ob der Monat mehr oder weniger als 30 Tage hat, für 30 Tage gewährt.			

7. Wir bitten um möglichst baldige Mitteilung des Ergebnisses

7.1  einer Untersuchung<sup>(10)</sup>: .....

7.2  einer verwaltungsmäßigen Überprüfung: .....

7.3  einer erneuten Nachuntersuchung um den ..... (Datum)

8. Zuständiger Träger

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel 8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift: .....

.....

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) Nicht anzugeben, wenn es sich um einen Arbeitslosen handelt, für den ein Vordruck E 119 ausgestellt wurde.

(4) Der zuständige Träger kann hier die Zahlungsweise angeben.

(5) Ist dieser Vordruck an einen französischen, italienischen, polnischen oder ungarischen Träger gerichtet, muss dieses Kästchen nicht angekreuzt werden.

(6) Von dänischen, deutschen, luxemburgischen, polnischen, ungarischen und slowakischen Trägern auszufüllen.

(7) Von deutschen, luxemburgischen, polnischen, slowakischen und spanischen Trägern auszufüllen.

(8) Nur in dem unter 5.2 genannten Fall auszufüllen.

(9) In Landeswährung anzugeben.

(10) Die Art der gewünschten ärztlichen Untersuchung ist anzugeben (Röntgenaufnahme, Analyse von ... usw.).

\_\_\_\_\_