

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT/ MSNR

--	--	--	--	--

**Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei  
grenzüberschreitenden Fällen****G0105**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**1** Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland zahlen.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

--

Staat

**2** Besteht aufgrund Ihrer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit eine Versicherungspflicht zur Sozialversicherung im Ausland?
 nein       ja (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bescheinigung S1 beziehungsweise E 106 bei!)

Name und Anschrift des Sozialversicherungsträgers

--

**3** Beziehen Sie eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Krankengeld) von einer Stelle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland?
 nein       ja

Name und Anschrift des Leistungsträgers

	Aktenzeichen
--	--------------

**4** Haben Sie aktuell einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt?
 nein       ja

Bei welcher Stelle (Name und Anschrift)?

	Aktenzeichen
--	--------------

**5** Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



