Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT/ MSNR

Deutsche Rentenversicherung

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

G0105-00 DRV
V004 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015