

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

--

(nur ausfüllen wenn in R02a (G0100) Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei 10.3 "ja" angekreuzt wurde)

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

**G0105**

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

<p><b>1</b> Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland zahlen.</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>	
<p>Staat</p>	
<p><b>2</b> 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><b>3</b> 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>	
	Aktenzeichen
<p><b>4</b> 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>	
	Aktenzeichen
<p><b>5</b> Unterschrift</p>	
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

