

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei grenzüberschreitenden Fällen

G0105

Name, Vorname	Geburtsdatum
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

1 Sie haben angegeben, dass Sie aktuell Beiträge zur Sozialversicherung im Ausland zahlen. Name und Anschrift des Arbeitgebers <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div> Staat <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
2 Besteht aufgrund Ihrer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit eine Versicherungspflicht zur Sozialversicherung im Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bescheinigung S1 beziehungsweise E 106 bei!) Name und Anschrift des Sozialversicherungsträgers <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
3 Beziehen Sie eine Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Krankengeld) von einer Stelle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift des Leistungsträgers <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
	Aktenzeichen
4 Haben Sie aktuell einen Antrag auf eine vergleichbare Leistung zur Rehabilitation im Ausland gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei welcher Stelle (Name und Anschrift)? <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
	Aktenzeichen
5 Unterschrift <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

