

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)

2 Angaben bei Antrag auf Versicherungspflicht für Bezieher von Sozialleistungen oder von Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften aufgrund einer Spende von Organen, Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (im Folgenden Spender genannt)

2.1 Welche Leistung beziehen Sie und seit wann?

- Krankengeld
- Verletztengeld
- Versorgungskrankengeld
- Übergangsgeld
- Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit
- Teilarbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung
- Arbeitslosenbeihilfe für ehemalige Zeitsoldaten
- Krankengeld an Spender
- Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften an Spender
- Pflegeunterstützungsgeld

seit

Tag	Monat	Jahr

Bitte die Angaben in Ziffer 2.2 von der leistenden Stelle bestätigen lassen.

2.2 Bestätigung der leistenden Stelle

Die Angaben des Antragstellers in Ziffer 2.1 werden hiermit bestätigt.
Der Antrag auf Leistung ist gestellt worden am

Tag Monat Jahr Aktenzeichen der leistenden Stelle

Stempel	Ort, Datum und Unterschrift der leistenden Stelle
---------	---



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

3 Angaben bei Antrag auf Versicherungspflicht für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab / vom - bis
Bitte ärztliche Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit beifügen beziehungsweise Träger der Leistung zur medizinischen Rehabilitation angeben. Träger der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

4 Sonstige Angaben

4.1 Im letzten Jahr vor Beginn der Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation / des Krankengeldes oder der Leistung für den Ausfall von Arbeitseinkünften an Spender war ich zuletzt						
<input type="checkbox"/> versicherungspflichtig bis zum <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table> Bei Arbeitsunfähigkeit / Rehabilitation bitte die letzte Gehaltsabrechnung für den Kalendermonat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit / Rehabilitation beifügen (beachte Erläuterungen im Vordruck V0031).	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr				
<input type="checkbox"/> versicherungsfrei ab <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table> Grund	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr				
bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen						
<input type="checkbox"/> von der Versicherungspflicht befreit ab <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 15px;"></td> </tr> </table> Grund	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr				
bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen						
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert						
4.2 Ist die Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf ein Schadensereignis zurückzuführen?						
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 5						
<input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck F0870 ausfüllen und beifügen						
4.3 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
am _____ bei welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____						



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Dokumentenzugang

5.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

5.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

6 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

7 Anlagen

8 Hinweis

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.

