

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	Telefax

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)

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 Nachweis über Leistungsbezug in Kopie beifügen.

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



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

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

versicherungspflichtig bis zum

Tag	Monat	Jahr

 Bei Arbeitsunfähigkeit / Rehabilitation bitte die letzte Gehaltsabrechnung für den Kalendermonat **vor** Beginn der Arbeitsunfähigkeit / Rehabilitation beifügen (beachte Erläuterungen im Vordruck V0031).

versicherungsfrei ab

Tag	Monat	Jahr

 Grund _____

bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen

von der Versicherungspflicht befreit ab

Tag	Monat	Jahr

 Grund _____

bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen

freiwillig versichert

4.2 Ist die Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf ein Schadensereignis zurückzuführen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5

ja, bitte Vordruck F0870 ausfüllen und beifügen

4.3 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja am _____ bei welcher Stelle _____
 Aktenzeichen _____

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:



