

## Antrag auf Versicherungspflicht bei Bezug von Sozialleistungen

(§ 4 Absatz 3 Nummer 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI] -) \_\_\_\_\_

Eingangsstempel

## Antrag auf Versicherungspflicht für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(§ 4 Absatz 3 Nummer 2 SGB VI) \_\_\_\_\_

# V030

**Hinweis:** Um über Ihren Antrag auf Versicherungspflicht entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des SGB VI von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 21 Absatz 2 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz -. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Feststellung der Versicherungspflicht erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

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

### 1 Angaben zur Person

Name	Vornamen
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort (Kreis, Land)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

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

## 2 Angaben bei Antrag auf Versicherungspflicht nach § 4 Absatz 3 Nummer 1 SGB VI

<b>2.1 Welche Sozialleistung beziehen Sie?</b> Krankengeld _____ <input type="checkbox"/> Verletztengeld _____ <input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld _____ <input type="checkbox"/> Übergangsgeld _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit _____ <input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosenbeihilfe für ehemalige Zeitsoldaten _____ <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung _____ <input type="checkbox"/>	
<b>2.2 Seit wann beziehen Sie diese Sozialleistung? (Tag, Monat, Jahr)</b> _____ _____ Angaben bitte nachstehend vom Leistungsträger bestätigen lassen.	
<b>Bestätigung des Leistungsträgers</b> Die vorstehenden Angaben des Antragstellers werden hiermit bestätigt. Der Antrag auf Sozialleistung ist gestellt worden am (Tag, Monat, Jahr) _____ Aktenzeichen des Leistungsträgers _____ _____	
Ort, Datum _____	Stempel und Unterschrift des Leistungsträgers _____

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

### 3 Angaben bei Antrag auf Versicherungspflicht nach § 4 Absatz 3 Nummer 2 SGB VI

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.

### 4 Sonstige Angaben

Im letzten Jahr vor Beginn der Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur medizinischen Rehabilitation war ich zuletzt versicherungspflichtig \_\_\_\_\_   
bis zum (Tag, Monat, Jahr)

Im letzten Jahr vor Beginn der Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur medizinischen Rehabilitation war ich zuletzt versicherungsfrei \_\_\_\_\_   
ab (Tag, Monat, Jahr)

Grund

(Bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen)

Im letzten Jahr vor Beginn der Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur medizinischen Rehabilitation war ich zuletzt von der Versicherungspflicht befreit \_\_\_\_\_   
ab (Tag, Monat, Jahr)

Grund

(Bitte gegebenenfalls entsprechenden Nachweis beifügen)

Im letzten Jahr vor Beginn der Sozialleistung / Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur medizinischen Rehabilitation war ich zuletzt freiwillig versichert \_\_\_\_\_

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

## 5 Dokumentenzugang 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 (Kassette) \_\_\_\_\_
- 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

Als Anlagen sind beigefügt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7 Hinweis

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