



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**2.2 Bestätigung des Leistungsträgers**  
 Die Angaben des Antragstellers in Ziffer 2.1 werden hiermit bestätigt.  
 Der Antrag auf Sozialleistung ist gestellt worden am

Tag	Monat	Jahr	Aktenzeichen des Leistungsträgers

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Leistungsträgers

**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 bzw. 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 war ich zuletzt

<input type="checkbox"/> versicherungspflichtig bis zum	Tag    Monat    Jahr	bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen
<input type="checkbox"/> versicherungsfrei ab	Tag    Monat    Jahr	

Grund

---

bitte ggf. entsprechenden Nachweis beifügen

<input type="checkbox"/> von der Versicherungspflicht befreit ab	Tag    Monat    Jahr
--	----------------------

Grund

---

bitte ggf. 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 R870 ausfüllen und beifügen

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

**4.3** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am bei welcher Stelle

nein     ja

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen**

Menschen mit einer Behinderung (z. B. 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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck            | <input type="checkbox"/> als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette)                           |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY Format)                    |

**6 Erklärung**

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Versicherungspflicht Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**7 Anlagen**

--