



Antrag auf Versicherungspflicht

bei Bezug von Sozialleistungen
(§ 4 Abs. 3 Nr. 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI] -)

für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(§ 4 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI)

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 Abs. 2 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) -. 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.

Eingangsstempel

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

1 Angaben zur Person

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

2 Angaben bei Antrag auf Versicherungspflicht nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 SGB VI

Welche Sozialleistung beziehen Sie und seit wann?

<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslosenbeihilfe für ehemalige Zeitsoldaten
<input type="checkbox"/> Verletztengeld	<input type="checkbox"/> Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Teilarbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung

seit

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 Angaben bitte nachstehend vom Leistungsträger bestätigen lassen.

Bestätigung des Leistungsträgers

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 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI

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.

4 Sonstige Angaben

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

<input type="checkbox"/> versicherungspflichtig bis zum	Tag	Monat	Jahr	
<input type="checkbox"/> versicherungsfrei* ab	Tag	Monat	Jahr	Grund
<input type="checkbox"/> von der Versicherungspflicht befreit* ab	Tag	Monat	Jahr	Grund
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert				

*Bitte ggf. entsprechenden Nachweis beifügen

5 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Als Anlagen sind beigefügt:

6 Hinweis

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