

## **Ihre Arbeitsunfähigkeit**

Sie sind bei uns als selbständig erwerbstätiges Mitglied freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld versichert und arbeitsunfähig erkrankt.

Bitte füllen Sie die beigefügte Erklärung aus und senden Sie uns diese zurück.  
Vielen Dank.

Anlage  
Erklärung

### Erklärung

Name \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

1. Ich habe meine selbstständige Tätigkeit bis zum Beginn meiner Arbeitsunfähigkeit ausgeübt.  
 nein       ja
2. Ich habe mein Gewerbe abgemeldet  
 nein       ja, am \_\_\_\_\_
3. Ich beschäftige rentenversicherungspflichtige Mitarbeiter.  
 nein       ja      Anzahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_
4. Ich zahle Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung aus meiner selbstständigen Tätigkeit, einer zusätzlichen abhängigen Beschäftigung oder aufgrund der Pflege eines Angehörigen  
 nein       ja      zuletzt am \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr      Monat, Jahr  
VSNR \_\_\_\_\_
5. Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei bzw. von der Versicherungspflicht befreit worden oder habe bis zum 31.12.1994 - bei einer selbstständigen Tätigkeit in den neuen Bundesländern - die Beendigung der Versicherungspflicht beantragt.  
 nein       ja      ab \_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)
6. Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Beginn der beantragten Krankengeldzahlung einen Pflichtbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt bzw. die Pflegekasse hat für mich während dieser Zeit aufgrund der Pflege eines Angehörigen mindestens einen Pflichtbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.  
Hinweis: Bei Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II innerhalb des 12-Monats-Zeitraumes verlängert sich dieser Zeitraum um die Zeiten des Arbeitslosengeld II Bezuges  
 nein       ja      letzter Pflichtbeitrag gezahlt für \_\_\_\_\_  
Monat, Jahr  
VSNR \_\_\_\_\_
7. Ich habe freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.  
 nein       ja      letzter freiwilliger Beitrag gezahlt für \_\_\_\_\_  
Monat, Jahr  
VSNR \_\_\_\_\_
8. Ich habe bei einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger Versicherungspflicht aufgrund des Krankengeldbezuges beantragt  
 nein       ja
9. Ich zahle auf Antrag Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung.  
 nein       ja      zuletzt am \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr      Monat, Jahr