

Krankenversicherung

Dieser Vordruck ist bei Ihrer Krankenversicherung vorzulegen

Nachname		Vorname	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Wohnort		

1. Beendigung des derzeitigen Krankenversicherungsschutzes durch:

- ☐ Beendigung von Bürgergeldbezug zum _____ (Datum)
☐ Beendigung der Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen zum _____ (Datum)
☐ Beendigung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zum _____ (Datum)
☐ (sonstiger Grund) _____

Aufgrund des o.g. Beendigungsgrundes bin ich nicht mehr krankenversichert.

- ☐ Ich bin zurzeit nicht krankenversichert. Da keiner der o.g. Gründe zutrifft.

2. Neuer Krankenversicherungsschutz

- ☐ Ab dem _____ (Datum) erhalte ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII (siehe Bewilligungsbescheid / Bescheinigung)
☐ Ab dem _____ (Datum) habe ich Grundsicherungsleistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII beantragt. Über meinen Antrag ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht entschieden worden (Bewilligungsbescheid wird nachgereicht)

3. Ich beantrage für die Zeit ab dem _____:

- ☐ die Mitgliedschaft der freiwilligen Krankenversicherung
 Die Beiträge werden für die Dauer des Leistungsbezuges durch das Sozialamt übernommen und an die Krankenkasse überwiesen, soweit hierzu der Auszahlungsbetrag der mir zustehenden Hilfe ausreicht.
☐ die Weiterversicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung
☐ die Weiterversicherung in einer gesetzlichen Pflichtversicherung:
☐ weil ich eine gesetzliche Rente beziehe und somit über die KVdR versichert bin
☐ weil ich in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig bin / eintreten werde
☐ sonstige Gründe: _____
☐ Aufnahme in die Familienversicherung, weil folgende Person gesetzlich krankenversichert ist:

Name: _____

Eine Durchschrift des Beitragsbescheides bitte übersenden an das:

Sozialamt Bottrop
 SG Grundsicherung
 Berliner Platz 7
 46236 Bottrop

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialamt Bottrop Auskunft über meinen Versicherungsstatus bzw. die Beitragshöhe erhält. Ich bitte um Zusendung einer aktuellen Mitgliedsbescheinigung an das Sozialamt Bottrop. Bitte teilen Sie dem Sozialamt Bottrop auch die Krankenversicherungsart mit.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Dieser Abschnitt ist von Ihrer Krankenkasse auszufüllen

Antragsbestätigung

1. Angaben zur Personen

Nachname		Vorname	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Wohnort		

2. Bestätigung der Antragsstellung

Am _____ ist nachfolgender Antrag gestellt worden:

3. Antragsbestätigung ausgehändigt

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

Dienststempel Krankenkasse