

Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:



Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungs-Pflicht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

### Hinweise

- Der Antrag muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt werden.
- Die Befreiung gilt auch gegenüber anderen Krankenkassen.
- Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht, ist **keine** Krankenversicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen anderer Gründe.
- Während der Befreiung ist keine Familienversicherung möglich.
- Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

**Ausnahmen:** Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit oder sind Sie Landwirt/in oder Künstler/in, werden Sie versicherungspflichtig. Studierende werden versicherungspflichtig, wenn ihre Beschäftigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt)

### Angaben zur Befreiung

Ich möchte mich von der Krankenversicherungs-Pflicht befreien lassen ab dem

Tag	Monat	Jahr								

Ich habe Arbeitslosengeld beantragt ab dem

Tag	Monat	Jahr								

Ich erhalte Arbeitslosengeld ab/seit dem

Tag	Monat	Jahr								

Ich war in den letzten 5 Jahren vor dem Arbeitslosengeld-Bezug **nicht** gesetzlich krankenversichert.

Wichtig: Eine Befreiung ist nur dann möglich, wenn Sie anderweitig krankenversichert sind. Bitte schicken Sie uns zusammen mit diesem Antrag einen **Nachweis**, z. B. eine Bestätigung der privaten Krankenversicherung.

### Angaben zu Leistungen

Ich oder ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben **seit Beginn des Arbeitslosengeld-Bezugs** Leistungen der TK bezogen und das zuletzt am

Tag	Monat	Jahr								

z. B. ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen, verordnete Arzneimittel

503435878415



## Angaben für Rückfragen

---

\_\_\_\_\_  
Telefon

freiwillige Angabe

\_\_\_\_\_  
Mail

freiwillige Angabe

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und 94 SGB XI.

503435878415

