

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 eine Rente beantragt am

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Ich erhalte eine Rente ab/seit dem

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

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.

z. B. Altersrente, Erwerbsminderungs-Rente

Angaben zu Leistungen

Ich oder ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben **seit Beginn der Rentenzahlung** bzw. **der Rentenantrag-Stellung** 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

