Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Hinweis: Der Gesetzgeber hat einen Widerruf der Befreiung ausgeschlossen. Sie gilt auch gegenüber anderen Krankenkassen und schließt ebenfalls eine Familienversicherung (z. B. beim Ehepartner) aus. Bis der Grund für Ihre Befreiung entfällt, können Sie auch aufgrund anderer Sachverhalte nicht krankenversicherungspflichtig werden. Für Leistungsbezieher der Agentur für Arbeit, Landwirte und Künstler besteht eine Ausnahme: Wenn Sie zukünftig zu einem dieser Personenkreise gehören, werden Sie wieder versicherungspflichtig in der Krankenversicherung. Darüber hinaus kann Versicherungspflicht eintreten, wenn eine Beschäftigung im Verhältnis zum Studium überwiegt: z. B. die wöchentliche Arbeitszeit beträgt regelmäßig mehr als 20 Stunden.

Ich studiere seit/ab _____ (Tag Monat Jahr)

Ich möchte mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen ab _____ (Tag Monat Jahr)

Einen Nachweis über meine anderweitige Versicherung (z. B. private Krankenversicherung)

☐ habe ich beigefügt. ☐ reiche ich nach.

Ergänzende Angaben

Name der Hochschule _____
Diese Angabe ist freiwillig

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon _____

E-Mail _____

Datum _____ (Tag Monat Jahr) Unterschrift _____

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

S360005