

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Versicherungsnummer



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg

## Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

### Hinweis

Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt werden. Beachten Sie dabei Folgendes:

- Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.
- Die Befreiung gilt auch gegenüber anderen Krankenkassen.
- Bis der Grund für die aktuelle Befreiung entfällt, ist aufgrund anderer Sachverhalte keine Krankenversicherungspflicht möglich.
- Die Befreiung schließt auch eine Familienversicherung aus, z. B. beim Ehepartner.

### Angaben zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Ich möchte mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. Und zwar ab dem

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Tag    Monat    Jahr

Ich habe Arbeitslosengeld beantragt ab dem

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Tag    Monat    Jahr

Ich beziehe Arbeitslosengeld ab/seit dem

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Tag    Monat    Jahr

Ich war in den letzten fünf Jahren vor dem Arbeitslosengeldbezug **nicht** gesetzlich krankenversichert.

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

**Ausnahmen:** Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit oder sind Sie Landwirt/in oder Künstler/in, werden Sie versicherungspflichtig. Unter anderem ist eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nur dann möglich, wenn Sie anderweitig krankenversichert sind.

**Wichtig:** Bitte legen Sie dem Antrag einen Nachweis bei, z. B. eine Bestätigung der privaten Krankenversicherung.

