

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.

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.

Angaben zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

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

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

z. B. Altersrente, Witwen-/Witwerrente, Erwerbsminderungsrente

Ich habe eine Rente betragt am

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

Ich beziehe eine Rente ab/seit dem

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

Angaben zu bisher in Anspruch genommenen Leistungen

z. B. ärztlich verordnete Arzneimittel, zahnärztliche Untersuchung etc.

Ich und ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben seit Beginn der Rentenzahlung / der Rentenantragstellung Leistungen der TK bezogen.

ja, zuletzt am _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| nein
Tag Monat Jahr

Angaben für Rückfragen

_____ freiwillige Angabe
Telefon

_____ freiwillige Angabe
E-Mail

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

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)

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