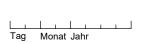
2
$\overline{}$
4
ά
~
œ
22
ಹ
¥
~
\simeq
12
u,

Nachname, Vorname:		
Straße, Nr.:		T
PLZ, Ort:	Die	
Versichertennummer:	Techniker	
Techniker Krankenkasse 20901 Hamburg		
Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherun	gs-Pflicht	Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen. Ausnahmen: Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit oder sind Sie
 Der Antrag muss innerhalb von 3 Monaten nach Beg pflicht gestellt werden. 	Landwirt/in oder Künstler/in, werden Sie versicherungspflichtig. Studierende werden versicherungspflichtig, wenn ihre Beschäf-	
 Die Befreiung gilt auch gegenüber anderen Krankenl Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. 	, ist keine Kranken- derer Gründe.	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt)
 Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur 	, ist keine Kranken- derer Gründe.	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit
 Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. 	, ist keine Kranken- derer Gründe.	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt) Wichtig: Eine Befreiung ist nur dann möglich,
 Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Angaben zur Befreiung Ich möchte mich von der Krankenversicherungs-Pflicht 	, ist keine Kranken- derer Gründe. ng möglich. Tag Monat Jahr	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt) 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 Bestä-
 Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Angaben zur Befreiung Ich möchte mich von der Krankenversicherungs-Pflicht befreien lassen ab dem 	, ist keine Krankenderer Gründe. ng möglich. Light High High High High High High High High	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt) 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.
 Solange der Grund für die aktuelle Befreiung besteht versicherungs-Pflicht möglich – auch nicht wegen an Während der Befreiung ist keine Familienversicherur Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Angaben zur Befreiung Ich möchte mich von der Krankenversicherungs-Pflicht befreien lassen ab dem Ich habe eine Rente beantragt am 	, ist keine Krankenderer Gründe. ng möglich. Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	tigung im Verhältnis zum Studium überwiegt (z. B. wenn die wöchentliche Arbeitszeit regelmäßig mehr als 20 Stunden beträgt) 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.

Ich oder ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben **seit Beginn der Rentenzahlung** bzw. **der Rentenantrag-Stellung** Leistungen der TK bezogen und das zuletzt am





Anga	gaben für Rückfragen																						
																 	 				 		freiwillige Angabe
Telefon																							
ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ												1				 	 			 	 		freiwillige Angabe
Mail																							
																							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.

