

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 meine wöchentliche Arbeitszeit reduziert ab/seit dem

Tag Monat Jahr

bisherige wöchentliche Arbeitszeit

____ , ____ Stunden

neu vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit

____ , ____ Stunden

- ☐ Ich war in den letzten 5 Jahren **nicht** gesetzlich krankenversichert, da mein Einkommen über der Jahresarbeitsentgelt-Grenze (aktuell 64.350 EUR jährlich) lag.

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.

Eine Befreiung ist nur möglich, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit um mindestens 50 Prozent reduziert wird – ausgehend von einer vergleichbaren Vollzeitstelle im Unternehmen.

Angaben zu Leistungen

- ☐ Ich oder ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben **seit Beginn der Versicherungspflicht** 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

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

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

503435878415

