


Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Versicherungsnummer



Deutsche Post 
 ANTWORT
 Techniker Krankenkasse
 20901 Hamburg

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

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.

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 kranken versichert 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							

Ich habe meine wöchentliche Arbeitszeit reduziert ab/seit dem

Tag	Monat	Jahr							

bisherige wöchentliche Arbeitszeit

 , Stunden

neu vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit

 , Stunden

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

Ich war in den letzten 5 Jahren **nicht** gesetzlich krankenversichert, da mein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (aktuell 60.750 Euro jährlich) lag.

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 Versicherungspflicht Leistungen der TK bezogen.

ja, zuletzt am

Tag			Monat				Jahr									

 nein

Angaben für Rückfragen

--

 freiwillige Angabe
Telefon

--

 freiwillige Angabe
E-Mail

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)

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.