

# Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 8 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich sowie nach § 284 SGB V zulässig. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet.

## Angaben zur Person

Vorname(n)		
Name		
Straße		Hausnr. <input type="text"/>
Postleitzahl		Ort <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Versichertennr. <input type="text"/>
Telefonnummer*	E-Mail* <input type="text"/>	

## Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung,

weil ich ab  versicherungspflichtig werde/wurde als:

- ☐ Arbeitnehmer:in wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze  
Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin
- ☐ Bezieher:in von Arbeitslosengeld, Bürgergeld oder Unterhaltsgeld. In den letzten 5 Jahren vorher war ich nicht gesetzlich krankenversichert.  
Stammnummer  Zuständige Agentur für Arbeit
- ☐ Arbeitnehmer:in durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung **während** der Elternzeit  
wöchentliche Arbeitszeit  Stunden  
Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
- ☐ Arbeitnehmer(in) durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung **nach dem Ende** der Elternzeit/Pflegezeit  
wöchentliche Arbeitszeit  Stunden  
Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
- ☐ Arbeitnehmer(in) durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung **nach dem Ende** der Elternzeit/Pflegezeit  
wöchentliche Arbeitszeit  Stunden  
Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
- ☐ Arbeitnehmer:in infolge Herabsetzung der Wochenarbeitszeit  
wöchentliche Arbeitszeit  Stunden  
Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
- ☐ Rentenantragsteller:in/Rentner:in Rente beantragt am  Rente ab
- ☐ Teilnehmer:in an einer berufsfördernden Maßnahme  
Anschrift des Rehabilitationsträgers
- ☐ Einschriebene Studentin/eingeschriebener Student  
Semesterbeginn  Einschreibung /Rückmeldung am   
Anschrift der Hochschule
- ☐ Praktikant:in bzw. Auszubildende ohne Arbeitsentgelt  
Auszubildende des Zweiten Bildungswegs  
Anschrift des Arbeitgebers/ der Ausbildungsstätte
- ☐ Beschäftigte:r als Ärztin bzw. Arzt  
Anschrift des Arbeitgebers/ der Ausbildungsstätte
- ☐ Behinderte Person in einer geschützten Einrichtung  
Anschrift der Einrichtung

- ☐ Leistungen der Krankenversicherung sind seit Beginn der Versicherungspflicht in Anspruch genommen worden
- |   |   |
|---|---|
| von mir   | von mitversicherten Familienangehörigen                   |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

**Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht schließt zugleich den Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung aus. Von den untenstehenden Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.**

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die mkk – meine krankenkasse meine genannten Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) ausschließlich für Rückfragen zu meinem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht verarbeitet und verwendet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unserer Homepage [www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).



Ort, Datum

Unterschrift der Antragsstellerin/des Antragstellers

\*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sind freiwillig.

### Hinweise

- Der Befreiungsantrag ist innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen.
- Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.
- Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, andernfalls vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt.
- Auf die Befreiung kann zu einem späteren Zeitpunkt nicht verzichtet werden (d. h., sie kann nicht rückgängig gemacht werden) und der Befreiungsbescheid kann nicht widerrufen werden.
- Die Befreiung bleibt auch dann bestehen, wenn zugleich die Voraussetzungen der Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes des Sozialgesetzbuches V erfüllt werden. Keine Auswirkungen hat jedoch eine Befreiung von der studentischen Krankenversicherung auf eine Beschäftigung, die während der Dauer des Studiums ausgeübt wird und die aufgrund des Erscheinungsbildes des Studierenden als Arbeitnehmer der Versicherungspflicht (§ 5 Abs. 1 Nr.1 SGB V) unterliegt.
- Die Befreiung schließt eine Familienversicherung nach § 10 SGB V sowie nach § 7 KVLG 1989 aus.
- Die Befreiung verdrängt auch grundsätzlich einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz. Für die Zeit nach Beendigung des Studiums und vor Aufnahme einer Beschäftigung besteht kein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Befreiung schließt gleichzeitig eine Mitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung aus. Pflegeversicherungspflicht besteht trotzdem und ist grundsätzlich dort durchzuführen, wo auch die Krankenversicherung besteht.

Bitte senden an: mkk – meine krankenkasse, 10857 Berlin