

Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:



Deutsche Post 

ANTWORT

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 bin geboren am

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

Ich studiere ab/seit dem

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

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Name der Universität/Fachhochschule

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Straße, Nr.

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
PLZ Ort

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.

Angaben zu Leistungen

Ich oder ggf. meine mitversicherten Angehörigen haben **seit Beginn des Studiums** Leistungen der TK bezogen und das zuletzt am

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

z. B. ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen, verordnete Arzneimittel

503079266747



Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Mail

freiwillige Angabe

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.

Unser besonderer Service für Sie: Ihre Beratung während des Studiums oder zur Aufnahme einer Beschäftigung

Die TK darf meine Angaben nutzen, um mich während meines Studiums oder zur Aufnahme einer Beschäftigung über die Vorteile einer Mitgliedschaft per Telefon oder Mail zu informieren.

freiwillige Angabe

Mein Studium endet voraussichtlich am

Tag Monat Jahr

Hinweise: Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft formlos widerrufen. Ihren Widerruf senden Sie bitte schriftlich an: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg, Mail mkm@tk.de.

Sie haben gegenüber der TK außerdem jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung und Löschung Ihrer Daten. Wenden Sie sich dafür bitte an: Techniker Krankenkasse, Beauftragter für den Datenschutz, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Mail datenschutz@tk.de.

Gut zu wissen: Ihre Daten sind auch für diesen Informations-Service durch die besonderen Anforderungen des Sozialgesetzbuchs geschützt. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung bei der TK finden Sie auf **tk.de**, Suchnummer **2029224**. Die TK gibt Ihre gespeicherten Daten nicht an Dritte weiter.

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)

503079266747

