

**Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung****Angaben zur Person**

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Sozialversicherungsnummer	Telefonnummer und/oder Email (freiwillige Angabe)

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung, da ich ab versicherungspflichtig werde als

Bitte Datum angeben

Arbeitnehmer (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Der Gesetzgeber hat die Versicherungspflichtgrenze erhöht und mein Einkommen liegt nun unter dieser Grenze (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).
- Ich bin während der Elternzeit teilweise erwerbstätig (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).
- Ich bin während einer Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeitgesetz teilweise erwerbstätig (§ 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V).
- Ich habe meine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter reduziert. Ich bin seit mindestens 5 Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei (§ 8 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).
Meine reduzierte Wochenarbeitszeit beträgt _____ Stunden.
- Ich nehme eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum auf (§ 8 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).
- Ich nehme eine Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen auf (§ 8 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

Arbeitslosengeldbezieher (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich beziehe Arbeitslosengeld. Ich war in den letzten 5 Jahren vor dem Beginn des Leistungsbezuges nicht gesetzlich krankenversichert (§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V).

Student (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich habe mich als Student eingeschrieben oder übe eine berufspraktische Tätigkeit aus (§ 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

Rentenbezieher oder Teilhabe am Arbeitsleben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich habe einen Rentenanspruch gestellt oder nehme an einer Teilhabe am Arbeitsleben teil (§ 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Zusätzliche Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Ich war zuletzt bis _____ bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert:
- Ich war noch nie gesetzlich krankenversichert.

Name der Kasse

Zur Prüfung Ihres Antrages benötigen wir folgende Nachweise:

- ✓ Aktuelle Mitgliedsbescheinigung Ihres privaten Versicherungsunternehmens
- ✓ Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht, z.B. Bestätigung des Arbeitgebers oder der Agentur für Arbeit über den Eintritt der Versicherungspflicht, Immatrikulationsbescheinigung

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers