

# Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

## 1. Persönliche Angaben

Frau       Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Geburtsort, Geburtsland	
PLZ	Ort	Geburtsname	

## 2. Grund der Befreiung

### 2.1 Versicherungspflicht aufgrund sonstiger Vorschriften

Aufgrund der Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum 1. Januar 20 \_\_\_\_\_ bin ich versicherungspflichtig geworden (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Name Arbeitgeber			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann und nur für die Krankenversicherung gilt.

### 2.2 Versicherungspflicht als Rentner

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 SGB V bin ich als Rentner versicherungspflichtig geworden. Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Meinen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung habe ich am \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ gestellt.

Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann.

### 2.3 Versicherungspflicht aufgrund sonstiger Vorschriften

Ich bin/werde am \_\_\_\_\_ nach §§ \_\_\_\_\_ SGB V krankenversicherungspflichtig und beantrage aufgrund § \_\_\_\_\_ SGB V die Befreiung von dieser Krankenversicherungspflicht.

Name Arbeitgebers/Trägers der Maßnahmen/Einrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann. Ich bitte die gesetzliche Krankenversicherung, mir die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht zu bestätigen.

Auszufüllen von der zuständigen privaten Versicherung

#### Bestätigung der privaten Krankheitskostenvollversicherung

Für die unter 1. genannte Person besteht bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. ein vertraglicher Versicherungsschutz, der der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

- einschließlich des Krankentagegeldes
- ohne Krankentagegeld

entspricht und die Voraussetzungen des § 193 Abs. 3 VVG erfüllt.

Diese Bestätigung gilt als Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gemäß § 175 Abs. 4 Satz 4 bzw. § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Versicherungsbeginn	Datum der Bestätigung
---------------------	-----------------------

\_\_\_\_\_ Datum und Ort

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum und Ort

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragssteller