

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Damit wir für Sie die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht prüfen können: Senden Sie diesen Antrag ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück. Legen Sie zusätzlich einen Nachweis über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bei.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Geburtsdatum:

Ich beantrage die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht aus folgendem Grund:

- Ich bin seit dem

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 versicherungspflichtig.
- Ich werde ab dem

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 versicherungspflichtig.

2. Angaben für Arbeitnehmer

- Ich bin Arbeitnehmer – Befreiung aufgrund Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.
- Ich bin Arbeitnehmer – Befreiung aufgrund von Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung bis zu 30 Stunden wöchentlich während der Elternzeit. (Bitte fügen Sie einen Nachweis über Ihre Elternzeit bei.)
- Ich bin Arbeitnehmer – Befreiung aufgrund Herabsetzung der Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit.
- Ich bin Arbeitnehmer – Befreiung aufgrund von Herabsetzung der Wochenarbeitszeit. In den letzten fünf Jahren war ich versicherungsfreier Arbeitnehmer wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt Stunden. Die regelmäßige Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebs beträgt Stunden.

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

3. Angaben für Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld

- Ich bin/werde Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld. In den letzten fünf Jahren war ich nicht gesetzlich krankenversichert. (Bitte fügen Sie einen Nachweis über Ihre Versicherungszeiten bei.)

4. Angaben für Rentner

- Ich bin/werde Rentenantragsteller/Rentner.

Rente beantragt am

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Rente ab

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

5. Angaben für Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme

- Ich bin/werde Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme.

Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers:

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

6. Angaben für Studenten

Ich bin/werde eingeschriebener Student.

Semesterbeginn:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Hochschulabsendernummer (HSAN, 8-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Anschrift der Hochschule:

--

7. Angaben für sonstige Personenkreise

Ich bin/werde Praktikant bzw. Auszubildender ohne Arbeitsentgelt/Auszubildender des Zweiten Bildungswegs.

Name des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte und Anschrift:

--

Ich bin/werde Beschäftigter in einer Einrichtung für behinderte Menschen.

Name und Anschrift der Einrichtung:

--

Ich bin/werde Beschäftigter als Arzt im Praktikum.

Name und Anschrift der Einrichtung:

--

Leistungen sind seit diesem Zeitpunkt von mir bzw. meinen Familienangehörigen in Anspruch genommen worden. ja nein

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 8 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 20 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt und Ihren Arbeitgeber weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz.

Ort, Datum:

--

Unterschrift des Antragstellers:

--

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück



Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Mit der App scannen
und hochladen