

**hkk Krankenkasse**  
Abteilung Mitgliedschaft  
28185 Bremen

**ANTRAG**

**auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als**

**Bezieher von**     **Arbeitslosengeld**     **Bürgergeld**     **Unterhaltsgeld**

Durch den Beginn des Bezugs der o. g. Leistung tritt gemäß § 5 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V ab dem \_\_\_\_\_ Krankenversicherungspflicht ein.

Ich beantrage die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

In den letzten fünf Jahren versichert bei: \_\_\_\_\_

Seit dem Beginn der Versicherungspflicht habe ich für mich bzw. für meine familienversicherten Angehörigen folgende hkk-Leistungen in Anspruch genommen:

Zeitpunkt	Art der Leistung

Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht unwiderruflich ist und für die gesamte Dauer des Leistungsbezuges von der Agentur für Arbeit wirksam bleibt.

Telefon

Datum

Unterschrift



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter [www.hkk.de/datenschutz](http://www.hkk.de/datenschutz) und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.