

hkk Krankenkasse
28185 Bremen

ANTRAG
auf
Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung
durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen

Durch die Aufnahme einer Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen tritt gemäß § 5 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V ab dem _____ Krankenversicherungspflicht ein. Ich beantrage die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.

Ihr Vorname und Name: _____

Ihre Anschrift: _____

Ihre Rentenversicherungsnummer: _____

Beginn der Tätigkeit: _____

Name und Anschrift der Einrichtung: _____

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.

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 und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.