

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

Pflegezeit- bzw. familienpflegezeitbedingte Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit

Name und Anschrift des Arbeitgebers

wöchentliche Arbeitszeit: | | | Stunden

Herabsetzung der Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter

Name und Anschrift des Arbeitgebers

wöchentliche Arbeitszeit: | | | Stunden

Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand seit | | | | | | | | | |.

Rentenantragsteller/Rentner

Rentantrag am | | | | | | | | | | Rentenbezug seit | | | | | | | | | |

Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers

Einschreibung als Student

Anschrift der Hochschule

Studiengang:

Semesterbeginn: | | | | | | | | | | Einschreibung/Rückmeldung am: | | | | | | | | | |

Berufspraktische Tätigkeit

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Beschäftigung als Arzt im Praktikum

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte

Name und Anschrift der Einrichtung

Wurden von Ihnen / von den familienversicherten Angehörigen vom Beginn der Versicherungspflicht an Leistungen in Anspruch genommen?

nein – die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an.

ja – die Befreiung wirkt vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt.

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum:

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

Mir ist bekannt, dass

- eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht zugleich den Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung ausschließt,
- der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen ist,
- die Befreiung nicht widerrufen werden kann und auch dann bestehen bleibt, wenn gleichzeitig die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches V erfüllt werden.

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

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen und der Beitragserhebung führen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikksuedwest.de/datenschutzhinweise.