



AOK Niedersachsen · 30142 Hannover

**AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen**

Postanschrift
AOK Niedersachsen
30142 Hannover

Servicezentrum in Ihrer Nähe
Niedersachsenstr. 10
49074 Osnabrück

Ansprechpartner
Lucas Draws
Tel.: 0541 348-65216
Fax: 0511 285-3365216
Mail: AOK.Osnabrueck@nds.aok.de

Datum
10.08.2020

Montag, Dienstag, Freitag 09.00-17.00 Uhr
Mittwoch 09.00-13.00 Uhr
Donnerstag 09.00-18.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Zeichen
25001 / KS

Kurzbrief

**Betrifft: Ihr Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungs-Pflicht
Mit der Bitte um**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unser(e) Anruf(e) • Schreiben • Besprechung | <input type="checkbox"/> weitere Veranlassung | <input checked="" type="checkbox"/> Rückgabe |
| <input type="checkbox"/> Ihr Anruf • Schreiben • Besuch | <input type="checkbox"/> Kenntnisnahme | <input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift |
| <input type="checkbox"/> Beiliegender Vorgang | <input type="checkbox"/> Stellungnahme | <input type="checkbox"/> dortigen Verbleib |
| vom | <input type="checkbox"/> Erledigung | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Ergänzung | |
| | <input type="checkbox"/> Berichtigung | |
| | <input type="checkbox"/> Die uns überlassenen Unterlagen
geben wir mit Dank zurück. | |

Mitteilungen:

Mit freundlichen Grüßen

*Ihre AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen*

Lucas Draws

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht



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. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nds/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren oben genannten Ansprechpartner oder unseren Datenschutzbeauftragten.

Angaben zur Person

Name, Vorname ,	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer
Anschrift ,	Nationalität	Rentenversicherungsnummer

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung, weil ich

zum	versicherungspflichtig werde/wurde als	
<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer(in) wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (siehe Hinweise zum Antrag auf Befreiung, Punkt 5)	Anschrift des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/>	Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld. In den letzten 5 Jahren vor dem Leistungsbezug war ich nicht gesetzlich krankenversichert. Zuständige Agentur für Arbeit/Kundennummer	
	Ich bin bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert und erhalte Vertragsleistungen, die der Art und dem Umfang nach denen des SGB V entsprechen. Einen Nachweis meiner privaten Krankenversicherung füge ich bei.	
<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer(in) durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit wöchentliche Arbeitszeit	Anschrift des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer(in) mit pflegezeit- bzw. familienpflegezeitbedingter Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit	Anschrift des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer(in) infolge Herabsetzung der Wochenarbeitszeit regelmäßige Wochenarbeitszeit	Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand seit Anschrift des Arbeitgebers
<input type="checkbox"/>	Rentantragsteller(in)/Rentner(in)	Rente beantragt am Rente ab
<input type="checkbox"/>	Teilnehmer(in) an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	Anschrift des Rehabilitationsträgers
<input type="checkbox"/>	Eingeschriebene(r) Student(in) Studiengang	Semesterbeginn Einschreibung/Rückmeldung am Anschrift der Hochschule
<input type="checkbox"/>	Praktikant(in) bzw. Auszubildende(r) ohne Arbeitsentgelt Auszubildende(r) des Zweiten Bildungswegs	Anschrift des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte
<input type="checkbox"/>	Behinderte(r), die/der in einer geschützten Einrichtung tätig ist	Anschrift der Einrichtung
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Krankenversicherung sind seit Beginn der Versicherungspflicht in Anspruch genommen worden von mir von mitversicherten Familienangehörigen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht schließt zugleich den Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung aus. Von den Hinweisen zum Antrag auf Befreiung habe ich Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers



Hinweise zum Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

1. Der Befreiungsantrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen.
2. Die Befreiung von der Versicherungspflicht wird wirksam, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall innerhalb der Antragsfrist nachgewiesen wird.
3. Sollte vorher keine Mitgliedschaft bestanden haben, können Sie den Antrag bei der Krankenkasse stellen, die bei Versicherungspflicht zuständig oder wählbar wäre (z. B. AOK des Beschäftigungs- oder Wohnortes).
4. Die Befreiung ist mit Beginn der Versicherungspflicht wirksam. Voraussetzung ist, dass Sie seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Andernfalls tritt die Befreiung mit Beginn des Kalendermonats ein, der auf die Antragstellung folgt.
5. Sie können weder auf die Befreiung verzichten noch den Befreiungsbescheid widerrufen.
6. Die Befreiung bleibt auch dann bestehen, wenn ein Zustand eintritt, der ebenfalls Krankenversicherungspflicht begründet. **Ausnahme: Die Befreiung wirkt sich nicht auf den Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 SGB V aus. Die hinzugetretene Versicherungspflicht ist in diesen Fällen vorrangig gegenüber der Befreiung.** Endet jedoch der hinzugetretene Zustand, der zur Versicherungspflicht führte, lebt die Befreiung wieder auf, wenn der Befreiungstatbestand selbst (Einschreibung an der Hochschule) durchgehend bestand. Die Befreiung war lediglich nachrangig gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 SGB V.
7. Die Befreiung wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 8 Abs.1 Nr.1 SGB V) gilt nicht nur für das gegenwärtige, sondern auch für alle künftigen Beschäftigungsverhältnisse. Voraussetzung: Die neue Beschäftigung wird im unmittelbaren Anschluss bzw. innerhalb von einem Monat aufgenommen, ohne dass in der Zwischenzeit ein anderer Tatbestand (z. B. Bezug von Arbeitslosengeld) eine Versicherungspflicht begründet.
8. Wer als bisher krankenversicherungsfreier Arbeitnehmer durch eine Teilzeitarbeit während der Elternzeit krankenversicherungspflichtig wird, kann eine Befreiung beantragen (nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Diese gilt für die Dauer der Elternzeit.
9. Tritt wegen pflegezeitbedingter Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit Versicherungspflicht ein (§ 8 Abs. 1 Nr. 2a SGB V), können Sie sich für die Dauer der Pflegezeit davon befreien lassen.
10. Eine Familienversicherung nach § 10 SGB V sowie nach § 7 KVLG 1989 ist nicht möglich, wenn der Familienangehörige von der Krankenversicherungspflicht befreit worden ist.