

AOK · Postfach 11 30 · 88181 Ravensburg

Herrn
Robert Werner
Stockerholzstr. 22
88048 Friedrichshafen

Krankenkasse und Pflegekasse

Von Zuhause oder in der Hosentasche
Meine AOK - das digitale KundenCenter
unter meine.aok.de oder als APP

Meldemanagement Privatkunden
Charlottenstraße 49 · 88212 Ravensburg

Wir sind immer für Sie da!
Einen Überblick über Kontaktmöglichkeiten,
Terminvereinbarungen und unsere Öffnungszeiten
finden Sie unter: www.aok.de/bw/kontakt

Telefon: 0711 6525-40930

Datum: 26.07.2024

Sehr geehrter Herr Werner,

wie heute tel. besprochen, sende ich Ihnen den Antrag für die Befreiung von der Versicherungspflicht zu.

Bitte senden Sie mir diesen zusammen mit der Kopie des ALG Bescheides innerhalb von 3 Monaten ab Leistungsbeginn (3 Monatsfrist) zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Alois Wittmann

W922277997

ALL000 22021

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherung

1. Antragstellung

Den Befreiungsantrag können Sie innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der AOK stellen.

4. Familienversicherung

Die Befreiung schließt auch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V und nach § 7 KVLG 1989 aus.

2. Beginn

Ab wann gilt die Befreiung? Wenn Sie seither noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben, vom Beginn der Versicherungspflicht an. Sonst mit dem Beginn des Monats, nachdem der Antrag gestellt wurde.

5. Bundesversorgungsgesetz

Durch die Befreiung haben Sie keinen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

3. Verzicht

Auf die Befreiung kann nicht verzichtet werden. Bitte beachten Sie: Den Befreiungsbescheid können Sie nicht widerrufen.

6. Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Damit ein lückenloser Versicherungsschutz sichergestellt ist, schreibt der Gesetzgeber vor, dass bei Befreiungen ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht. Bitte fügen Sie deshalb dem Befreiungsantrag einen Nachweis einer anderen Krankenversicherung bei. Ohne diesen Nachweis ist eine Befreiung nicht möglich.

Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach Art. 6 Abs. 1 lit. e DSGVO in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zum Zwecke der Feststellung der Krankenversicherungspflicht/-freiheit nach § 8 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei Ihrem Krankenversicherungsschutz führen. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnissen an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok.de/bw/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Information auch in Papierform zur Verfügung. Ihre im Rahmen der vorstehenden Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet. Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unsere/-n Datenschutzbeauftragte/-n zu wenden. Kontaktdaten der/des Datenschutzbeauftragten: Datenschutzbeauftragte/-r der AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart, www.aok.de/bw/kontakt-datenschutzbeauftragte. Verantwortung für Ihre Datenverarbeitung: AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart – Körperschaft des öffentlichen Rechts – Telefon 0711 76161923, www.aok.de/pk/kontakt/kontaktformular.

* Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist freiwillig. Ihre Telefonnummer erleichtert uns die Arbeit, zum Beispiel bei Rückfragen.

Persönliche Daten von Robert Werner

Stockerholzstr. 22, 88048 Friedrichshafen
geboren am 21.03.1973, KV-Nr. W922277997

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung, weil ich ab 01.07.2024 versicherungspflichtig werde/wurde, als

☐ **Arbeitnehmer(in) wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze**

Anschrift des Arbeitgebers

▶ _____

☐ **Arbeitnehmer(in) durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit**

▶ wöchentliche Arbeitszeit _____

Anschrift des Arbeitgebers

▶ _____

☐ **Arbeitnehmer(in) infolge Herabsetzung der Wochenarbeitszeit**

▶ regelmäßige Wochenarbeitszeit _____

Anschrift des Arbeitgebers

▶ _____

☐ **Ich war in den letzten 5 Jahren wegen Überschreitens der Einkommensgrenze in der Krankenversicherung versicherungsfrei (bitte Mitgliedsbestätigung des Versicherungsunternehmens mitschicken).**

☐ **Rentenantragsteller(in)/Rentner(in)**

▶ Rente beantragt am _____

▶ Rente ab _____

☐ **Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Anschrift des Rehabilitationsträgers

▶ _____

Kontakt: Alois Wittmann, Tel. 0711 6525-40930



KV-Nr. W922277997

Anschrift der Universität/Hochschule

Anschrift des Arbeitgebers/der Ausbildungsstätte

[illegible]

Anschrift der Einrichtung

► _____

☒ Arbeitslosengeld I ☐ Unterhaltsgeld

► Agentur für Arbeit Konstanz - Ravensburg, 78454 Konstanz

☒ Ich bin bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert und erhalte Leistungen, die nach der Art und dem Umfang den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (bitte Nachweis mitschicken).

▶ **von mir** ☒ **nein** ☐ **ja**
 ▶ **von mitversicherten Familienangehörigen** ☒ **nein** ☐ **ja**

☐ Einen Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall habe ich beigefügt. → liegt bereits vor.

Datum 8.9.2024

Unterschrift: Antragsteller/Antragstellerin

AOK Baden-Württemberg
Posteingangsservice
70147 Stuttgart