13602474806

Zurück an die BIG

		Versichertennummer			
Antı	rag auf Befreiung vo	on der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V			
Pers	önliche Angaben				
Name, Vorname:					
	hrift:				
Ich b	eantrage die Befreiung	von der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung, weil ich ab			
grun	dsätzlich versicherungs	pflichtig werde/ wurde als:			
	Arbeitnehmer/in wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (bitte Nachweis des Arbeitgebers sowie Versicherungsbescheinigunder privaten Krankenversicherung, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen des SGB V entsprechen, beifügen)				
	Name und Anschrift des Arbeitgebers				
	Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld. In den letzten 5 Jahren vor dem Leistungsbezug war ich nicht gesetzlich krankversichert. Ich bin bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert und erhalte Leistungen, die der Art und dem Umfang				
	_	nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Bitte Versicherungsbescheinigung der privaten Krankenversicherung (inklusive Krankentagegeldanspruch) und Bestätigung der Agentur für Arbeit über die Beantragung von Arbeitslosengeld I beifügen.			
	Kundennummer	Zuständige Agentur für Arbeit			
	Arbeitnehmer/in durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während Elternzeit (bitte Arbeitsvertrag, Versicherungsbescheinigung de privaten Krankenversicherung, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen des SGB V entsprechen, und Nachweis über die				
	wöchentliche Arbeitszeit	Name und Anschrift des Arbeitgebers			
	Arbeitnehmer/in infolge Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit (bitte Nachweis darüber und Versicherungsbescheinigung der privaten Krankenversicherung, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen des SGB V entsprechen, beifügen)				
	regelmäßige Wochenarb	eitszeit Name und Anschrift des Arbeitgebers			
	Rentenantragsteller/in	Rente beantragt am:			
	Rentner/in	Rentenbezug ab:			
	Teilnehmer/in an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben				
	Name und Anschrift des Rehabilitationsträgers				
	eingeschriebener Student (bitte Versicherungsbescheinigung der privaten Krankenversicherung und den Zulassungsbescheid der Uni/FH beifügen)				
	Semesterbeginn	Einschreibung/ Rückmeldung am Name und Anschrift der Hochschule			
	Praktikant/in				
	Name und Anschrift des Arbeitgebers/ Ausbildungsstätte				
		peschützten Einrichtung			
	Name und Anschrift der Einrichtung				
Leist	ungen der gesetzlichen	Krankenversicherung sind seit Beginn der Versicherungspflicht in Anspruch genommen worden			
von i	mir JA	von mitversicherten Familienangehörigen □ NEIN □ JA □ NEIN			
Ort, Datum Unterschrift					
Be	i Fragen bin ich erreichl	par			
E-Mail: Telefon:					
Nu	tzen Sie für die Zusend	ung den für Sie einfachsten Weg:			

E-Mail:	info@big-direkt.de	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Krankenkasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 SGB V zu prüfen. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nicht an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 10 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	0231.5557-199	
Post:	BIG direkt gesund	
	BEREICH: Neukunden	
	Postfach 10 06 42	
	44006 Dortmund	