

SCHULDENERLASSERKLÄRUNG

An: _____

Krankenkasse / Sozialversicherungsträger: _____

Versicherte Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer / Mitgliedsnummer: _____

Hiermit erkläre ich gegenüber der oben genannten Krankenkasse / Sozialversicherungsträger den vollständigen Schuldenerlass meiner offenen Beitragsforderungen, die bis zum heutigen Tag entstanden sind. Diese Erklärung erfolgt freiwillig und unwiderruflich.

Rechtliche Grundlage:

Der Schuldenerlass erfolgt auf Grundlage der §§ 44, 46 Sozialgesetzbuch (SGB) IV sowie einschlägiger Verwaltungs- und Rechtsprechung, die unter bestimmten Voraussetzungen einen Erlass von Beitragsforderungen durch die Krankenkasse ermöglicht.

Begründung:

Ich bitte um Schuldenerlass, da sich meine wirtschaftliche Situation wie folgt darstellt und eine Begleichung der Forderungen unzumutbar wäre:

Mir ist bekannt, dass der Schuldenerlass nicht automatisch zu einer Befreiung von zukünftigen Beiträgen führt und dass ich weiterhin meiner Beitragspflicht nachkommen muss. Diese Erklärung entbindet mich nicht von der Pflicht, künftige Beiträge fristgerecht zu zahlen.

Schlussbestimmungen:

Diese Schuldenerklärung wurde von mir sorgfältig gelesen und verstanden. Ich bestätige, dass die Angaben

vollständig und wahrheitsgemäß sind.
Versicherte Person

Krankenkasse / Sozialversicherungsträger

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/schuldenerlass-krankenkasse-brief/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.