

Sichern Sie sich Ihre Befreiungskarte

Als Ihre Verbündeten in Sachen Gesundheit möchten wir Sie jederzeit bestmöglich unterstützen – auch, wenn es darum geht, Sie vor finanzieller Überforderung zu schützen. Genau dabei hilft die sogenannte "Befreiungskarte". Wir möchten Ihnen helfen, dass Sie rechtzeitig vor dem Jahreswechsel eine neue Befreiungskarte für das kommende Jahr bekommen.

So profitieren Sie davon

Sie erhalten von uns eine Befreiungskarte, wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschritten – oder eine Vorauszahlung in der entsprechenden Höhe geleistet – haben. Damit können Sie Arzneimittel, die Krankenhausbehandlung und viele weitere Leistungen ohne umständliche Barzahlung in Anspruch nehmen.

Was ist zu tun?

Geben Sie uns den beiliegenden vereinfachten "Antrag auf Befreiung" mit den Einkommensnachweisen für das laufende Jahr zurück. Wir ermitteln dann die Höhe Ihrer Vorauszahlung. Ihr Vorteil: Sie sparen sich das Sammeln, Aufbewahren und Einreichen von Quittungen.

Belastungsgrenze – was bedeutet das?

Die Zuzahlungen, die Versicherte pro Kalenderjahr leisten müssen, dürfen zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Bei Menschen, die wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt diese Grenze bei einem Prozent der Bruttoeinkommen. Falls die Voraussetzungen für eine chronische Krankheit erfüllt sind, dann wird Ihnen dies Ihr Arzt bestätigen. Bitte fordern Sie bei Ihrem Arzt die "Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55)" ein.

Wie leisten Sie Ihren Vorauszahlungsbetrag an die BKK VerbundPlus?

Auch hierfür gibt es eine unbürokratische und einfache Lösung: Zusammen mit dem Antrag auf Befreiung erteilen Sie uns gleichzeitig den Auftrag, diesen Zuzahlungsbetrag von Ihrem Konto abzubuchen. Somit sparen Sie sich das Ausfüllen des Überweisungsträgers und den Weg zu Ihrer Bank. Hierzu benötigen wir unbedingt Ihre Bankverbindung! Selbstverständlich gilt dieser Einzugsauftrag nur einmalig und ausschließlich für die festgelegte Belastungsgrenze.

Bitte achten Sie darauf, alle notwendigen Angaben auszufüllen und den Antrag sowie den Einzugsauftrag zu unterschreiben.

BKK VerbundPlus Zeppelinring 13 88400 Biberach an der Riß

Name, Vorname								KV-Nr					
Familienstand: □ ve	heira	atet	□ ledig		ges	chiede	en [□ verwitw	et/	□ get	renn	lebend	
Sind weitere Angehörige de	m Fan	nilienver	bund zu:	zuordnen,	die bis	sher nic	ht genan	nt wurden?		□ Ja l	⊐ Neir	1	
Antrag auf Befreiun für mich und die in meil Bitte vollständig ausfüllen	nem	Haush	alt lebe	enden – n	achf					-		agen)	
		N	1itglied				negatte enspartr		Kind				
Name						LODG	лоран	101					
Vorname													
Geburtsdatum													
KVNR													
	×	BKK \	/erbund	Plus		BKK	Verbund	lPlus		BKK Ve	erbund	dPlus	
Krankenkasse							e andere kenkass			Name a Kranke			
Lebt noch im gemeinsa- men Haushalt						Ja		Nein		Ja		Nein	
Einnahmen		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
	 □ Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung □ Renten der Deutschen Rentenversicherung 				Sozia Grun Rente	ergeld, alhilfe, dsicheru en der De enversich	eutschen	 □ Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung □ Renten der Deutschen Rentenversicherung 					
Einnahmeart(en)			. B. wg. Alter, Tod, rwerbsminderung)				wg. Alter			(z. B. w			
	□ Versorgungsbezüge, □ Versorgungsbezü Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) □ Sonderzahlunger					en (zzgl.	□ Versorgungsbezüge Betriebsrenten (zzg Sonderzahlungen)						
		Sonst	iges			Sons	tiges			Sonstig	es		
Summe Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr				€				€				€	
Chronische Erkrankung(en)?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Teilnehmer am Behand- lungsprogramm DMP		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Schwerbehindertenaus- weis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	

^{*}Hierzu zählen eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz!

	Kind					Kind		Kind					
Name													
Vorname													
Geburtsdatum													
KVNR													
Krankenkasse						Nam	Verbunder de anderd de kenkass	е	☐ BKK VerbundPlus☐ Name andere Krankenkasse				
Lebt noch im gemeinsa- men Haushalt		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Einnahmen		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Einnahmeart(en)	 □ Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung □ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) 					Grun Rent Rent (z. B Erwe	dsicherur en der De enversich . wg. Alter erbsminde	eutschen erung r, Tod, erung)	□ Bürgergeld, Sozialhi Grundsicherung Renten der Deutsche Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung)				
		Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen)				Betri Sond	orgungsbe ebsrenter lerzahlune stiges	n (zzgl.		Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen)			
Summe Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr				€				€				€	
Chronische Erkrankung(en)?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Teilnehmer am DMP		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Schwerbehindertenaus- weis mit einem GdB von mindestens 60?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?		Ja		Nein		Ja		Nein		Ja		Nein	
Sonstige Einnahmen Ich/wir verfüge(n) über weitere oder andere, in der Tabelle nicht genannten Einnahmen (z. B. Miet- und Pachteinnahmen, Zinsertrag aus Kapitalvermögen, Unterhaltsleistungen, ausländische Renten, Unfallrenten).													
IBAN:		BIC	:										
Kreditinstitut:							_						
Ich/wir versichere/versicherr Angaben ändern, werde(n) i Leistungen zahle ich zurück	n, das ch/wii	s die ge	emachter	n Angaben	vollst	ändig						hten	
x			X										
Datum				Untersch	nrift d	es Ver	sicherten	/ gesetzl. V	ertret	ers/Bevoll	mächt	igten	

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr _____ (bitte Jahresangabe eintragen)

Hinweis der Krankenkasse:

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Grundlagen hierfür sind die §§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 60 SGB I und § 21 SGB X.

Mit der Unterschrift stimmt die/der Versicherte der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.

_					
Zι	ırı	10	_	2	n.
∠.	41 U	uu	N	а	ı I.

BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13

88400 Biberach an der Riß

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 72 ZZZ 00000 473488

Mandatsreferenz:

wird separat mitgeteilt

☐ Mandat für einmalige Zahlung

Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats für die Belastungsgrenze; hier für die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Sozialgesetzbuch V

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die BKK VerbundPlus, ab Erhalt dieses SEPA – Lastschriftmandats die Zahlung der Belastungsgrenze von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Geldinstitut an, die von der BKK VerbundPlus auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name										KV-Nr.:								
Straße und Hausnumme	er																	
PLZ und Ort																		
IBAN																		
BIC									Kredit (Nam		ut							
Ort	rt X Datum								X Unt	tersch	nrift de	s Ko	ntoinh	aber	s			