Ihr Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen

Sie möchten sich vom gesetzlichen Eigenanteil befreien lassen, der für bestimmte Leistungen zu zahlen ist. Als Ihre Krankenkasse mit dem PLUS unterstützen wir Sie dabei gerne. Denn es gelten Einkommensgrenzen, die Sie davor schützen, dass Sie durch die Zuzahlungen finanziell überfordert werden.

Pro Kalenderjahr müssen Sie und Ihre Familie Zuzahlungen von höchstens zwei Prozent Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen leisten. Falls ein Familienmitglied in Ihrem Haushalt schwerwiegend chronisch krank ist, verringert sich Ihre Zuzahlungsgrenze sogar auf ein Prozent der Familieneinnahmen.

Haben Sie die Zuzahlungsgrenze erreicht, können Sie von den Zuzahlungen befreit werden. Senden Sie uns dafür bitte folgende Unterlagen zu:

- Ihre Zuzahlungsquittungen bzw. Rechnungen (bei Krankenhausaufenthalt wird ein Zahlungsnachweis benötigt, z. B. Kopie Ihres Kontoauszugs)

Unser Tipp: Ihre Apotheke stellt Ihnen gerne eine Gesamtaufstellung der Zuzahlungen des Kalenderjahres aus. In diesem Fall müssen Sie zusätzlich keine Einzelbelege einreichen

- Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag mit Anlage
- Kopien der Einkommensnachweise (z. B. Gehaltsabrechnung, aktueller Rentenbescheid)
- Bei chronischer Erkrankung: die Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. §62 SGB V. Das entsprechende Formular (Muster 55) erhalten Sie bei Bedarf direkt bei Ihrem behandelnden Arzt. Sollten wir bereits eine Chronikerbescheinigung vorliegen haben und keine Anhaltspunkte für deren Wegfall vorliegen, wird keine weitere Bescheinigung benötigt.

Sobald Ihre Unterlagen vollständig vorliegen, prüfen wir, ob Sie von den Zuzahlungen befreit und bereits zu viel gezahlte Betrage erstattet werden können.

Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Ihre BKK VerbundPlus

BKK VerbundPlus

Name, Vorname _____ KV-Nr. _____

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend

Sind weitere Angehörige dem Familienverbund zuzuordnen, die bisher nicht genannt wurden? ☐ Ja ☐ Nein

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr _____

für mich und die in meinem Haushalt lebenden – nachfolgend aufgeführten – Angehörigen.

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	☐ BKK VerbundPlus	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____
Lebt im gemeinsamen Haushalt		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Einnahmen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Einnahmeart(en)	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en)?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Schwerbehindertenausweis 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	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____
Lebt im gemeinsamen Haushalt	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Einnahmen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Einnahmeart(en)	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en)?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Teilnehmer am DMP	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Schwerbehinderten-ausweis 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).

☐ Ja, Nachweise sind beigefügt ☐ Nein

Bankverbindung

Kreditinstitut _____ IBAN: _____

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit dem Versicherten): Name, Vorname: _____

Ich/wir versichere/versichern, dass die Angaben vollständig und wahr sind. Wenn sich die hier gemachten Angaben ändern, werde(n) ich/wir die BKK VerbundPlus unverzüglich informieren. Zu Unrecht bezogene Leistungen zahle(n) ich/wir zurück.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten

Kontaktdaten und Unterschrift

Kontaktdaten (Telefon / E-Mail), freiwillige Angaben	Datum, Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

BKK VerbundPlus

Checkliste

(zum Antrag auf Prüfung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen)

Habe ich auch nichts vergessen?

❑ **Antrag:** komplett ausgefüllt?

❑ **Chronikerbescheinigung** falls zutreffend – vom Arzt auszufüllen

❑ **Einkommensnachweise:**

- ❑ Gehaltsbescheinigung
  Dezemberbescheinigung des abgelaufenen Jahres incl. aller Einmalzahlungen
- ❑ Rentenanpassungsbescheid (vom Juli des abgelaufenen oder evtl. laufenden Jahres)
- ❑ Betriebsrentenbescheid – Dezemberbescheinigung mit Jahressummen
- ❑ falls vorliegend: Einkommenssteuerbescheid
- ❑ Zinsnachweise
- ❑ Mieteinnahmen
- ❑ Pachteinnahmen
- ❑ sonstiges:……..

❑ **Zuzahlungsquittungen:**
Zuzahlungsquittungen in Kopie

- ❑ Quittungsheft komplett?
  oder
- ❑ **Quittungsstreifen** der Apotheke
  nur mit eingedrucktem Namen, Vornamen anerkennbar.
  Unser Tipp: Ihre Apotheke stellt Ihnen gerne eine Gesamtaufstellung der Zuzahlungen des Kalenderjahres aus. In diesem Fall müssen Sie zusätzlich keine Einzelbelege einreichen.
- ❑ Heilmittelzuzahlungsquittungen
- ❑ Hilfsmittelzuzahlungsquittungen
- ❑ Krankenhauszuzahlungsquittung
  Bei Zuzahlungen aus Krankenhausaufenthalten wird ein Zahlungsnachweis benötigt (z. B. Kopie Ihres Kontoauszugs)
- ❑ Zuzahlungsnachweis der Krankenkasse über häusliche Krankenpflege
- ❑ Zuzahlungsnachweis der Krankenkasse über Haushaltshilfe
- ❑ sonstiges *) (Achtung!!!: keine selbst beschafften privaten Arznei- Heil- Hilfsmittel oder Aufzahlungsbeträge bei Festbetragsprodukten)

*) Bitte einreichen.