Sichern Sie sich Ihre Befreiungskarte

Getreu unserem Motto „Das PLUS, das du spürst“, möchten wir Sie jederzeit bestmöglich unterstützen – auch, wenn es darum geht, Sie vor finanzieller Überforderung zu schützen. Genau dabei hilft die sogenannte "Befreiungskarte". Damit können Sie Arzneimittel, Krankenhausbehandlungen und viele weitere Leistungen ohne Barzahlung in Anspruch nehmen. Sie erhalten diese, wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschritten – oder eine Vorauszahlung in der entsprechenden Höhe geleistet – haben.

Wir möchten Ihnen helfen, dass Sie Ihre Befreiungskarte rechtzeitig für das kommende Jahr erhalten.

Was ist zu tun?

Geben Sie uns den beiliegenden „**Antrag auf Befreiung**“ mit den Einkommensnachweisen für das laufende Jahr zurück. Wir ermitteln dann die Höhe Ihrer Vorauszahlung.

Ihr Vorteil: Sie sparen sich das Aufbewahren und Einreichen von Quittungen.

Belastungsgrenze – was bedeutet das?

Ihre Zuzahlungen pro Kalenderjahr dürfen zwei Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Bei chronisch Kranken in Dauerbehandlung liegt diese Grenze bei einem Prozent. Falls die Voraussetzungen für eine chronische Krankheit erfüllt sind, lassen Sie sich dies bitte von Ihrem Arzt via „Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55)“ bestätigen. Sollten wir bereits eine Chronikerbescheinigung vorliegen haben und keine Anhaltspunkte für deren Wegfall vorliegen, wird keine weitere Bescheinigung benötigt.

Wie leisten Sie Ihren Vorauszahlungsbetrag an die BKK VerbundPlus?

Ganz einfach: Mit dem Antrag auf Befreiung erteilen Sie uns einmalig den Auftrag, diesen Zuzahlungsbetrag abzubuchen. Hierzu benötigen wir unbedingt Ihre Bankverbindung!

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

Bei Fragen kontaktieren Sie uns gerne!

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach an der Riß

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 _____ (bitte Jahresangabe eintragen)
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 noch im gemeinsamen Haushalt		☐ 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) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Bürgergeld, 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!**

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

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____	☐ BKK VerbundPlus ☐ Name andere Krankenkasse _____
Lebt noch im gemeinsamen 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) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung ☐ Renten der Deutschen Rentenversicherung (z. B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) ☐ Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) ☐ Sonstiges	☐ Bürgergeld, 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
Schwerbehindertenausweis 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:

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

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

X _____ **X** _____

Datum Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten

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.

Zurück an:

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 Hausnummer

_____
PLZ und Ort

IBAN

_____
BIC

_____
Kreditinstitut
(Name)

_____
Ort

_____
X Datum

_____
X Unterschrift des Kontoinhabers

Mit der Unterschrift stimmt die/der Versicherte der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu.
Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.