

Ihr Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen

Sie möchten sich von dem gesetzlichen Eigenanteil befreien lassen, der für bestimmte Leistungen zu zahlen ist. Dabei unterstützen wir Sie 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, Rechnungen, Zahlungsnachweise (im Original)
- 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. Die Ihnen ggf. aus der Vergangenheit bekannten Formulare der Krankenkassen werden nicht mehr verwendet.

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

Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Ihre 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

Kreditinstitut..... IBAN:
Kontoinhaber (falls nicht identisch mit dem Versicherten): Name, Vorname:

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	<input type="checkbox"/> BKK VerbundPlus	<input type="checkbox"/> BKK VerbundPlus <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse	<input type="checkbox"/> BKK VerbundPlus <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse
Lebt im gemeinsamen Haushalt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmeart(en)	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en) ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehinderten-ausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Hierzu zählen eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz!

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 – **Dezember**bescheinigung mit Jahressummen
- falls vorliegend: Einkommenssteuerbescheid
- Zinsnachweise
- Mieteinnahmen
- Pachteinnahmen
- sonstiges:.....

Zuzahlungsquittungen:

- Quittungsheft** komplett?
oder
- Quittungsstreifen** der Apotheke *)
nur mit eingedrucktem Namen, Vornamen anerkennbar.
- Heilmittelzuzahlungsquittungen *)
- Hilfsmittelzuzahlungsquittungen *)
- Krankenhauszuzahlungsquittung *)
- 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 Originale einreichen.