

## **Befreiung von Zuzahlungen**

Guten Tag,

zu einigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind von Ihnen und Ihren Angehörigen Zuzahlungen zu leisten. Davon können Sie bei unzumutbarer Belastung befreit werden.

Wir erstatten einen Teil Ihrer Zuzahlungen, wenn diese 2 %, bei Vorliegen einer chronischen Krankheit 1 %, Ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Belastungsgrenze) übersteigen. Sind Sie chronisch krank (1 Jahr Dauerbehandlung, mindestens einmal pro Quartal), lassen Sie bitte beiliegende „Chroniker-Bescheinigung“ von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen.

Zur Befreiung Ihrer Zuzahlungen, füllen Sie den beigefügten Antrag aus und senden Sie uns diesen mit den erforderlichen Nachweisen zurück.

„Habe ich nichts vergessen?“ – Unsere Checkliste hilft Ihnen beim Zusammenstellen der erforderlichen Unterlagen.

Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben.

Service-Telefon: 0800 2 234 987

***Ihre BKK VerbundPlus***

Betriebskrankenkasse  
VerbundPlus  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

**Antrag auf Rückerstattung/Befreiung von Zuzahlungen nach Überschreiten der Belastungsgrenze**

- für die Zeit vom 01.01.20\_\_ bis 31.12.20\_\_

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte und die aufgeführten familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

Familienstand des Antragstellers:

ledig  verheiratet  verwitwet

getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_

eingetragene Lebenspartnergemeinschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

	Versicherter	Ehegatte	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
-Wohnort (falls vom Hauptversicherten abweichend)						
Haben Ihre Angehörigen ihren Erst- oder Zweitwohnsitz in Ihrem Haushalt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Heimunterbringung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse						
Jahres-Bruttoeinnahmen <sup>1)</sup>						
Zins-/Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja Höhe: <input type="checkbox"/> nein

1) Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören u. a. Lohn und Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, die Bruttobeiträge von Betriebsrenten und Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung sowie Mieteinnahmen, Zinseinnahmen aus Kapitalvermögen, Sachbezüge: Hierzu gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. (z. B. freie Kost und/oder Wohnung). Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben

Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben gehören zu deren Einnahmen. Sie können von den Jahres-Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden (**bitte Einkommensnachweis beifügen**).

Nicht zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BaFöG, Blindenunterstützung, Wohngeld, Pflegegeld SGB XI,

**Bankverbindung**

Konto-Nr. Bankleitzahl Geldinstitut

Die Angaben sind vollständig und richtig. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das angegebene Konto zu überweisen. Die **Belege über die Zuzahlungen** sowie die erforderlichen **Einkommensnachweise sind beifügt**.

\_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Telefonisch erreichbar

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

<b>Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr.
A 1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
A 2 Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hinweis: Der GdB bzw. die MdE muss zur Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V durch die in Abschnitt B1 bestätigte Krankheit begründet sein.		Stempel/Unterschrift der Krankenkasse
Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines Merkmale (A1 bis A2) vorhanden ist.	Ausstellungsdatum	

<b>Vom Vertragsarzt auszufüllen!</b>	
B 1 Die / Der oben genannte Versicherte ist seit dem _____ wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung.	
Hinweis: Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/ der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.	
Dauerdiagnose(n) (Bitte Klartext u. ICD-Schlüssel) : _____ _____	
Ende der Dauerbehandlung: <input type="checkbox"/> nicht absehbar <input type="checkbox"/> voraussichtlich am _____	
B 2 Es ist eine kontinuierliche Versorgung der unter B 1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einsicht eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01610 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.	Ausstellungsdatum _____ Stempel und Unterschrift Arzt

<b>Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!</b>
A 3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung des kontinuierlichen Behandlungserfordernisses gemäß Abschnitt B 2 vor. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis: Die Feststellung, dass diese(r) Versicherte an einer chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.

# Checkliste



(zum Antrag auf Prüfung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen)

## Habe ich 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
- Pachteinahmen
- 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.