

Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) erforderlich. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) und zur Versagung des Leistungsanspruchs führen (§ 66 SGB I).

## Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr

Wir benötigen einige Angaben von Ihnen, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Grundlage dafür ist § 62 Sozialgesetzbuch V. Machen Sie bitte vollständige Angaben und legen die **aktuellen Bescheide/Einkommensnachweise** in Kopie, Nachweise über bereits geleistete Zuzahlungen im **Original** bei.

Versicherte(r)	KVNR	DSt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Befreiung von Zuzahlungen / Erstattung zu viel gezahlter Eigenanteile

- Da meine Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschreiten werden, möchte ich den Gesamtbetrag im Voraus zahlen. Bitte teilen Sie mir hierfür die Höhe meiner Belastungsgrenze mit.
- Sofern meine Zuzahlungen im laufenden Jahr die Belastungsgrenze noch nicht erreicht haben, möchte ich den Restbetrag im Voraus zahlen. Bitte teilen Sie mir den noch zu zahlenden Betrag mit.
- Meine Zuzahlungen haben die Belastungsgrenze überschritten. Bitte überweisen Sie die von mir zu viel geleisteten Zuzahlungen.

### Heimunterbringung

- Ich lebe in einem Pflege-/Seniorenheim oder einer ähnlichen Einrichtung **und** die Kosten der Unterbringung trägt die **Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge**. Bitte legen Sie den Bescheid des Kostenträgers in Kopie bei.

### Schwerwiegend chronische Erkrankung

- Ich bin schwerwiegend chronisch krank.
- Folgender Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank: \_\_\_\_\_

Für den schwerwiegend chronisch Kranken

- besteht Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III bzw. dieser nimmt an einem Gesundheitsprogramm der DAK-Gesundheit teil.
- liegt eine Schwerbehinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60% vor und diese hat ihre Ursache in der schwerwiegend chronischen Erkrankung.
- Ein Nachweis über die schwerwiegend chronische Erkrankung liegt dem Antrag bei.
- Bitte senden Sie mir das Formular für den Nachweis einer chronischen Erkrankung zu.

### Angaben zum gemeinsamen Haushalt (bzw. bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung)

Folgende Personen leben im gemeinsamen Haushalt:

	Name, Vorname	Geb.-Datum	Krankenkasse
Versicherte(r)			DAK-Gesundheit
Ehegatte/Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz			
Kind			
Kind			

## Angaben zu den Jahres-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

KVNR

Ich erhalte Leistungen zur Sicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen, Kriegsofopferfürsorge).

**Es sind keine weiteren Angaben zu Ihren Einkünften notwendig.**

Tragen Sie bitte Jahres-Bruttobeträge ein und legen Sie aktuelle Bescheide/Einkommensnachweise in Kopie bei.

	Versicherte(r)	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind
<b>Arbeitseinkommen</b>				
● aus selbstständiger Tätigkeit	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● aus Land- und Forstwirtschaft	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Arbeitsentgelt</b>				
● Gehalt/Lohn	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● geringfügige Beschäftigung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Prämien)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Arbeitslosengeld I</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Rente / Pension</b>				
● aus der gesetzlichen Rentenversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● Versorgungsbezüge	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● Ruhegehalt, Betriebsrenten	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● aus der gesetzlichen Unfallversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● aus privaten Verträgen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● von ausländischen Versicherungsträgern	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Entgeltersatzleistungen</b>				
● Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld u. a.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
● Mutterschaftsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Miet-/Pachteinnahmen</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Unterhaltsleistungen</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Sachbezüge</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Zinserträge</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Sonstige Einkünfte</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

## Angaben zur Zahlungsweise

Ich werde den mir mitgeteilten Betrag umgehend an die DAK-Gesundheit überweisen.

Der DAK-Gesundheit liegt bereits ein SEPA-Lastschriftmandat vor. Bitte buchen Sie den Betrag nach schriftlicher Ankündigung ab.

Den Betrag möchte ich gern abbuchen lassen. Bitte senden Sie mir ein Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zu.

## Bankverbindung für Erstattungen

Ich habe die Belastungsgrenze überschritten. Bitte überweisen Sie die von mir zuviel geleisteten Zuzahlungen.

Kontoinhaber (Zahlungsempfänger) – falls abweichend von der / dem Versicherten

IBAN

BIC (nur für Auslandsüberweisungen)

Geldinstitut

## Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Diese können jederzeit nachgeprüft werden. Sollten sich meine Einkünfte und/oder die meiner Angehörigen ändern, werde ich die DAK-Gesundheit unverzüglich informieren. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht bezogene Leistungen an die DAK-Gesundheit zurückgezahlt werden müssen.

**Bitte hier in jedem Fall unterschreiben!**

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar  
Vorwahl / Rufnummer (Angabe ist freiwillig)



Datum · Unterschrift der/des Versicherten