

Antrag auf Befreiung/Erstattung

von gesetzlichen Zuzahlungen

Antragsjahr

--	--	--	--	--

Angaben zur Person

Name, Vorname Geburtsdatum Krankenversicherungsnummer

Telefon tagsüber (Angabe freiwillig) erreichbar bestmöglich von: bis:

	Mitglied	Ehepartner/ Lebenspartner ¹	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse ² Name und Sitz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuzahlungen Belege bitte immer im Original beifügen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

²Die Angaben zur Krankenkasse des Ehepartners und der Kinder sind für die Bearbeitung erforderlich.

Bankverbindung für Erstattung von Zuzahlungen

Bitte überweisen Sie im Falle einer Erstattung das Geld auf die folgende Bankverbindung. Bei abweichendem Kontoinhaber benötigen wir auch dessen Namen und die Anschrift:

Kontoinhaber

Anschrift

Kreditinstitut (Name)

BIC (Bank Identifier Code)

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben korrekt und vollständig sind.

Ort, Datum Unterschrift

Einkommensangaben

Bitte legen Sie dem Antrag **Kopien aller Einkommensnachweise** bei. Dazu gehören z. B. Gehaltsnachweis, Steuererklärung bei selbständiger Tätigkeit, Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung, Nachweise zu Betriebsrenten oder sonstigen Renten, Zinsen aus Anlagevermögen oder Vermietung/Verpachtung.

Auch Leistungen, die laufendes Entgelt ersetzen, wie z. B. Kranken- oder Verletztengeld sind mit einer Kopie nachzuweisen.

Sind Sie Sozialhilfeempfänger, erhalten Sie Wohngeld, Grundsicherung im Alter, ALG II etc. ? Dann legen Sie bitte den letzten Ihnen vorliegenden Bescheid in Kopie diesem Antrag bei.

Einkunftsart	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartner ¹	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitsentgelt/-einkommen z. B. Lohn/Gehalt, Einmalzahlungen, Sachbezüge, selbst. Tätigkeit, Land- und Forst. etc.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Renten/Betriebsrenten/ Versorgungsbezüge	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Erträge Miet- oder Pachtzins, Zinsen oder Dividenden aus Kapitalvermögen	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Entgeltersatzleistungen zum Beispiel ALG I oder II, Kranken-/Verletztengeld, sonstige Entgeltersatzleistung	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstiges Grundsicherungsleistung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Unterhalt	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro

¹Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Heimunterbringung

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie oder einer Ihrer oben genannten Angehörigen im Heim untergebracht ist.

Die Kosten für meine Heimunterbringung oder die Heimunterbringung meines Ehepartners/Lebenspartners werden ganz oder teilweise vom Sozialamt übernommen.

PlanPlus-Programm

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie, Ihr Ehegatte oder eines Ihrer oben genannten Kinder an diesem Programm teilnehmen.

Ich, mein Ehepartner oder eines meiner Kinder nimmt am PlanPlus-Programm der Deutschen BKK teil.

Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben korrekt und vollständig sind. Wenn meine Einnahmen von den gemachten Angaben abweichen oder sich ändern, teile ich das mit.

Ort, Datum

Unterschrift

Jeder Versicherte bzw. Familienhaushalt hat seine individuelle Belastungsgrenze. Bis zu dieser Grenze leistet er pro Kalenderjahr seine Zuzahlungen.

Belastungsgrenze

Grundsätzlich beträgt die Belastungsgrenze 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten beziehungsweise des Familienhaushalts.

Die Belastungsgrenze beträgt 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für chronisch Kranke, die sich wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung befinden.

Diese Belastungsgrenze gilt dann für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Familienverbundes (Mitglied und der gesetzlich versicherte Ehepartner sowie die familienversicherten Kinder).

Einkommen

Bitte geben Sie alle Einkünfte der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen an und fügen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei.

Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören unter anderem Lohn, Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, die Bruttobeträge der Betriebsrenten, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinsen.

Nicht zu den Bruttoeinnahmen gehören zum Beispiel Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BAföG, Blindenunterstützung, Erziehungsgeld, Kindergeld, Wohngeld.

Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen.

Von den Bruttoeinnahmen können je nach Kalenderjahr, für den der Antrag gestellt wird, folgende Freibeträge abgezogen werden:

Jahr	1. Angehöriger ¹	2. Angehöriger ²
2011	4.599 Euro	7.008 Euro
2012	4.725 Euro	7.008 Euro
2013	4.851 Euro	7.008 Euro
2014	4.977 Euro	7.008 Euro
2015	5.103 Euro	7.008 Euro

¹1. Angehöriger nur Ehepartner oder Lebenspartner nach dem LebenspartnerG

²Ab dem 2. Angehörigen bzw. für familienversicherte Kinder oder Kinder von Alleinerziehenden

Besondere Personengruppen

Für folgende Personengruppen wird als jährliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands (399 Euro pro Monat ab 2015) für den gesamten Familienhaushalt angesetzt:

- Bezieher von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter, bei Erwerbsminderung und ALG II Beziehern.
- Bezieher von Leistungen für Unterkunft und Heizung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) oder Hilfe zu Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII).
- Bezieher von Leistungen oder ergänzender Hilfe nach dem BVG.
- Heimbewohner, deren Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.
- Empfänger von Pflegegeld nach § 14 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen oder vergleichbare Leistungen in anderen Bundesländern

Freibeträge können hier nicht in Abzug gebracht werden. Für die Bereiche München Landkreis, München Stadt, Dachau und Fürstenfeldbruck gelten ggf. abweichende Regelsätze.

Zuzahlungen

Berücksichtigt werden die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse entstandenen gesetzlichen Zuzahlungen.

Nicht berücksichtigt werden können Zuzahlungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung sowie Kosten für auf Privatrezept verordnete Arzneimittel.

Sind Ihre im Haushalt lebenden Angehörigen bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert, ermitteln wir gerne den insgesamt über der Belastungsgrenze liegenden Erstattungsbetrag. Bitte fügen Sie hierzu die Belege und Quittungen Ihres Ehegatten und der familienversicherten Kinder bei.

Den auf die Deutsche BKK entfallenden Anteil überweisen wir Ihnen auf das angegebene Konto.

Die anderen Krankenkassen erkennen die Berechnung der Deutschen BKK an und erstatten Ihren Angehörigen den anteiligen Betrag.

Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns an unter 0180 2 001216. Dieser Anruf kostet Sie 6 Cent aus dem deutschen Festnetz; maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunk-Netzen. Oder besuchen Sie uns unter www.deutschebkk.de

Bescheinigung

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

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	VWST	Versicherten-Nr.
--------------------------------	--------------	------	------------------

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

A2 Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.

ja 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.

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten

B1 Die/Der oben genannte Versicherte ist seit dem Datum 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.

Diagnose/n (bitte in ICD-10 Verschlüsselung):

Ende der Dauerbehandlung:

nicht absehbar voraussichtlich am Datum

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B1 genannten Krankheit erforderlich (Ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

ja nein

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung oder kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt B2 vor.

ja nein

Hinweis: Die Feststellung, dass die/der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.