

Ihre Zuzahlungen für das Kalenderjahr 20

die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen im Zusammenhang mit Leistungen der KKH können zu erheblichen finanziellen Belastungen führen. Die KKH beteiligt sich unter bestimmten Voraussetzungen an diesen Aufwendungen.

Um festzustellen, wie hoch Ihre persönliche Belastungsgrenze bzw. Ihre zumutbare Eigenbeteiligung ist, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen.

Bitte füllen Sie den beigefügten Antrag vollständig aus und fügen Sie Ihre Einkommensnachweise als Kopie bei. Reichen Sie auch Ihre Zuzahlungsbelege ein. Hinweis: Es können nur solche Zuzahlungsbelege akzeptiert werden, aus denen der Vor- und Zuname, die Bezeichnung der in Anspruch genommenen Leistung, der Zuzahlungsbetrag und das Datum der Abgabe sowie die abgebende Stelle hervorgehen.

Bei der Berechnung Ihrer persönlichen Belastungsgrenze und bei der Höhe der geleisteten Zuzahlungen sind auch die im Haushalt lebenden Familienangehörigen (Ehegattin/Ehegatte und ggf. Kinder) zu berücksichtigen. Fügen Sie bitte auch Einkommensnachweise sowie Zuzahlungsbelege Ihrer Angehörigen bei. Dabei spielt die Kassenzugehörigkeit keine Rolle.

Bitte unterschreiben Sie den Antrag. Vielen Dank.

Wir prüfen gerne, ob und ggf. in welchem Umfang eine Erstattung möglich ist.

Anlage

Hinweise zum Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen

Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze ist generell von den Bruttoeinnahmen auszugehen. Hierzu zählen neben Lohn oder Gehalt auch Renten, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Zinsen und sonstige Bezüge. Dabei wird generell nicht der Zahlbetrag der Leistung herangezogen, sondern der Betrag vor Abzug entsprechender Beiträge zur Sozialversicherung und/oder Steuern.

Auch bei Beziehern von Entgeltersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld I, Krankengeld, Verletztengeld) wird nicht der Zahlbetrag der jeweiligen Leistung berücksichtigt, sondern der sich ergebende Bruttobetrag.

Steuerliche Vergünstigungen in Form von Werbungskosten, Abschreibungen (z. B. bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung), außergewöhnlichen Belastungen o. ä. führen nicht zu einer Minderung der Bruttoeinnahmen.

Für alle Antragsteller (insbesondere für Bezieher von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II) gilt mindestens der monatliche Regelsatz nach der Regelsatzverordnung als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt.

Sind Sie verheiratet/verpartnert, werden auch die Einnahmen Ihres im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten/Lebenspartners - unabhängig von der Art seiner Krankenversicherung - bei der Berechnung der Belastungsgrenze berücksichtigt. Dies gilt auch dann, wenn steuerlich eine Gütertrennung vereinbart wurde.

Kinder werden nur dann mit Ihnen zusammen beurteilt, wenn diese nicht selbst krankenversichert sind (z. B. aufgrund einer Ausbildung, Studiums, Waisenrentenbezugs).

Für anrechenbare Kinder und den Ehegatten werden entsprechende Freibeträge berücksichtigt.

Zuzahlungen

Zur Prüfung einer unzumutbaren finanziellen Belastung können ausschließlich Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen der Krankenversicherung berücksichtigt werden.

Folgende gesetzliche Zuzahlungen (außer Zahnersatz) können berücksichtigt werden:

- Arznei- und Verbandmittel (höchstens 10,00 € je Mittel),
- Heilmittel (höchstens 10,00 € je Heilmittel zuzüglich 10,00 € je Verordnung),
- Fahrkosten (höchstens 10,00 € je Fahrt),
- Hilfsmittel (höchstens 10,00 €),
- Soziotherapie (höchstens 10,00 € pro Tag),
- Haushaltshilfe (höchstens 10,00 € pro Tag),
- häusliche Krankenpflege (höchstens 10,00 € pro Tag zuzüglich 10,00 € je Verordnung),
- stationäre Krankenhausbehandlung (10,00 € pro Tag) oder Zuzahlungen für
- stationäre / ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (10,00 € pro Tag), deren Kosten die KKH getragen hat.

Zu den nichtanrechnungsfähigen Zuzahlungen gehören z. B. folgende Aufwendungen

- ohne ärztliche Verordnungen bezogene Arznei- oder Heilmittel (z. B. alle im Freiverkauf bezogenen Präparate),
- Arznei- oder Heilmittel, die von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
- Arznei- oder Heilmittel aufgrund eines Privatrezeptes,
- Aufwendungen bei Brillen, Brillengläsern, Perücken,
- Eigenanteile und wirtschaftliche Zuzahlungen bei Hilfsmitteln (z. B. orthopädische Schuhe),
- Mehrkosten (Differenz zwischen Verkaufspreis und Festbetrag) für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag festgesetzt ist,
- Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten oder fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Zahnersatz, Kosten einer zahnärztlichen Behandlung,
- Zuzahlungen zu anderen Trägern (z. B. an die Rentenversicherung, zur PKV),
- Eigenanteile im Rahmen der künstlichen Befruchtung,
- private Arztrechnungen, etc.

Antwort
KKH
Servicezentrum

Name _____

Servicezeichen _____
(falls vorhanden)

Die Erhebung der nachstehenden Daten ist für die Bearbeitung des Antrages nach § 62 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Angabe der Bankverbindung bzw. der Telefonnummer/ E-Mail ist freiwillig.

Antrag auf Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr

Mitglied

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet getrennt lebend seit _____ verpartnert

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die aufgeführten familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt bzw. in einer Wirtschaftsgemeinschaft.

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name	_____					
Vorname	_____					
Geburtsdatum						
Jahres-Bruttoeinnahmen	€	€	€	€	€	€
Sachbezüge 1)						
Krankenkasse	KKH					
Zuzahlungen 2)	€	€	€	€	€	€

1) Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z. B. freie Kost und/oder Wohnung).

2) Berücksichtigt werden alle gesetzlichen Zuzahlungen der Krankenversicherung.
Nicht zu berücksichtigen sind z. B. Zuzahlungen zu Zahnersatz.

Geldinstitut: _____

Bankverbindung: _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____ für eventuelle Rückfragen

Ich bin damit einverstanden, dass der sich ergebende Erstattungsbetrag des Kalenderjahres des Kalenderjahres _____ aufgerechnet wird. mit der Belastungsgrenze

Angaben über die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Einkommensart/en für Sie bzw. Ihre Angehörigen bitte ankreuzen und **jährliche** Beträge angeben (ggf. schätzen).

Einkunftsart	Bruttoeinnahmen (Belege sind beigelegt)	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Einkommen aus Land-/Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Lohn/Gehalt, auch aus geringfügiger Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Fortsetzung nächste Seite

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Einkunftsart	Bruttoeinnahmen (Belege sind beigelegt)	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind
Einmalzahlungen (Weihnachts-/ Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Renten, Pensionen u. a. aus der gesetz- lichen Rentenversicherung, z. B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Unfallrente, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
aus gesetzlicher Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
aus Versorgungs- und Zusatz- versorgungskassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
von ausländischen Rentenver- sicherungsträgern und -stellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ruhegehalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Betriebsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Pacht- und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Entgeltersatzleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Kranken-/Übergangs-/Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Kurzarbeitergeld, Winterausfall- geld, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeber- zuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Eigenheimzulage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sachbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Leistungen der Grundsicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sozialgeld nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ausbildungsförderung nach dem BAföG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Antrag einschl. Fragebogen vollständig und korrekt ausgefüllt habe, und füge entsprechende Nachweise bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten