

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr 20____

Ich, mein/e nachstehend aufgeführte/r Ehepartnerin oder Ehepartner bzw. Lebenspartnerin oder Lebenspartner* und die Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

Antragstellende Person

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

(Name, Sitz)

Krankenversicherungs-Nr.

(Nummer)

Ehepartnerin/Ehepartner bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner*

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

(Name, Sitz)

Krankenversicherungs-Nr.

(Nummer)

Kind 1

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

(Name, Sitz)

Krankenversicherungs-Nr.

(Nummer)

Kind 2

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

(Name, Sitz)

Krankenversicherungs-Nr.

(Nummer)

Kind 3

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)

Krankenkasse

(Name, Sitz)

Krankenversicherungs-Nr.

(Nummer)

Ich bin verheiratet/eingetragene/r Lebenspartnerin/ Lebenspartner: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ledig
- Getrennt lebend seit: _____
- Geschieden seit: _____
- Verwitwet

Ich beziehe Leistungen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Bürgergeld/Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII
- Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht
- Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz
- Keine der zuvor genannten Leistungen

Bankverbindung

Kreditinstitut, Ort

IBAN

BIC

Falls abweichend von der antragsstellenden Person

Name des Kontoinhabenden

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe entsprechende Einkommens- / Zuzahlungsnachweise beigelegt.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des abweichenden Kontoinhabenden

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. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

Bitte geben Sie die nachstehenden Summen als **Jahresbrutto** an.



Arbeitseinkommen

Selbstständige Tätigkeit

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Land-/Forstwirtschaft

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Arbeitsentgelt

Lohn/Gehalt

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Geringfügige Beschäftigung

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Einmalzahlung

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Abfindung Arbeitgebende

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Renten, Pensionen u. a.

Gesetz. Renten/Pensionen

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Unfallrente

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Betriebsrente/ Versorgungsbezüge

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Sonstige Renten

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Renten ausländischen Versicherungsträgern

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Erträge

Pacht/Mieteinnahmen

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Zinsen aus Kapitalvermögen

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Entgeltersatzleistungen

Kranken-/Übergangs-/ Verletztengeld

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Mutterschaftsgeld

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

ALG I/Unterhaltsgeld

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Kurzarbeitergeld

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Sonstiges

Bürgergeld

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Sachbezüge

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Unterhalt/-leistungen

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Einnahmen Gewerbebetrieb

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Sonstige Einkünfte

Ja Nein

Versicherte Person

Ehepartnerin/Ehepartner bzw.
Lebenspartnerin/Lebenspartner

Kind

Sofern keine chronische Erkrankung vorliegt bitten wir um Rücksendung des Blankoformulars mit entsprechendem Vermerk.



Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Vorname, Name der versicherten Person	Geburtsdatum
Kassennummer	Vertragsärztinnen- oder Vertragsarztnummer
Versichertennummer	VK gültig bis
Status	Datum

A1

(von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auszufüllen)

Die oben genannte versicherte Person ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung seit: _____

Hinweis: Eine "Dauerbehandlung" liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n): _____

Ende der Dauerbehandlung: nicht absehbar voraussichtlich

A2

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter A1 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

Ausstellungsdatum

Stempel Vertragsärztin oder Vertragsarzt und Unterschrift

B

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt A1 vorliegt und eines der nachstehenden Merkmale (B1 bis B3) vorhanden ist:

B1

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrad 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

Ja Nein

B2

Es liegt 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 vor, wobei der Grad bzw. die MdE zumindest auch durch die in Abschnitt A bestätigte Krankheit begründet sein muss.

Ja Nein

B3

Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt A 2 vor.

Ja Nein

Hinweis: Die Feststellung, dass die versicherte Person an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse