Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr 20___

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

Antragsteller/in	Geburtsdatum	Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nr.
(Name, Vorname)	(TT.MM.JJJJ)	(Name, Sitz)	(Nummer)
Ehegatte/Lebenspartner*	Geburtsdatum	Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nr.
(Name, Vorname)	(TT.MM.JJJJ)	(Name, Sitz)	(Nummer)
Kind 1	Geburtsdatum	Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nr.
(Name, Vorname)	(TT.MM.JJJJ)	(Name, Sitz)	(Nummer)
Kind 2	Geburtsdatum	Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nr.
(Name, Vorname)	(TT.MM.JJJJ)	(Name, Sitz)	(Nummer)
Kind 3	Geburtsdatum	Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nr.
(Name, Vorname)	(TT.MM.JJJJ)	(Name, Sitz)	(Nummer)

Ich bin verheiratet/eingetragener Lebenspartner:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Ledig

☐ Getrennt lebend seit: _____

☐ Geschieden seit: _____

☐ Verwitwet

Ich beziehe Leistungen:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ ALGII/Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter/bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

☐ Ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz

☐ Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz

☐ Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz

☐ Keine der zuvor genannten Leistungen

Bankverbindung

Kreditinstitut, Ort

IBAN

BIC

Falls abweichend vom Antragssteller

Name des Kontoinhabers

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

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

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten

Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers

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.

* Lebenspartner im Sinne des "Lebenspartnerschaftsgesetzes"

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

Arbeitseinkommen

	Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
Selbstständige Tätigkeit ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Land-/Forstwirtschaft ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR

Arbeitsentgelt

	Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
Lohn/Gehalt ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Geringfügige Beschäftigung ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Einmalzahlung ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Abfindung Arbeitgeber ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR

Renten, Pensionen u. a.

	Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
Gesetz. Renten/Pensionen ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Unfallrente ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Betriebsrente/ Versorgungsbezüge ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Sonstige Renten ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR
Renten ausländischen Versicherungsträgern ☐ Ja ☐ Nein	EUR	EUR	EUR

Erträge

Pacht/Mieteinnahmen

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Zinsen aus Kapitalvermögen

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Entgeltersatzleistungen

Kranken-/Übergangs-/ Verletztengeld

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Mutterschaftsgeld

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

ALG I/Unterhaltsgeld

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Kurzarbeitergeld

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner
EUR	EUR

Sonstiges

ALG II

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Sachbezüge

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Unterhalt/-sleistungen

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Einnahmen Gewerbebetrieb

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Sonstige Einkünfte

☐ Ja ☐ Nein

Versicherte/r	Ehegatte/Lebenspartner	Kind
EUR	EUR	EUR

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de

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 des Versicherten	Geburtsdatum
Kassennummer	Vertragsarztnummer
Versichertennummer	VK gültig bis
Status	Datum

A1

(vom Vertragsarzt auszufüllen)

Die/Der oben genannte Versicherte ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung seit: _____

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): _____

_____

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 Vertragsarztstempel 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/der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Debeka Betriebskrankenkasse, 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de