

Antrag auf Erstattung / Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für:

, ,

Ich beantrage die Erstattung bereits geleisteter Zuzahlungen für das Jahr _____
Die BKK24 erstattet die über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen.

Meine Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Erklärung zum Familienstand:

- verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft
(gilt für gleichgeschlechtliche Paare nach LPartG)
- ledig getrennt lebend geschieden verwitwet

Angaben zu den mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen:

Name, Vorname	Geburtstag	Wie verwandt?	Wo versichert?	Familienversichert?
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf Blatt 1 und Blatt 2. Änderungen in den Einkommens- oder Familienverhältnissen werde ich umgehend mitteilen. Mit ist bekannt, dass Erstattung bzw. Teilerstattungen von Vorauszahlungen nicht möglich sind. Ebenso können zu Unrecht bezogene Leistungen / Erstattungen von der Kasse zurück gefordert werden.

Datenschutzhinweis (§87a Abs. 3 SGB X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich (§60 SGB I i. V. m. §99 SGB X). Die Daten sind für die Feststellung der Erstattung bzw. Befreiung von den Zuzahlungen erforderlich (§62 SGB V).

Bitte Rückseite beachten!

Antrag für: , ,

Erklärung zu den Einkommensverhältnissen zum Lebensunterhalt der Familie:

Art der Einnahme (Bruttoeinnahme)	Bezug ja / nein	Bruttoeinnahmen (bitte angeben ob jährlich o. monatlich)		
		Mitglied	Ehegatte	
Selbstständige Tätigkeit (Einkommenssteuerbescheid)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Lohn / Gehalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Weihnachtsgeld / Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hinterbliebenenrente Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gesetzliche Unfallrente (bitte MdE angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			MdE in %:
laufende Einnahme aus einer privaten Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
laufende Pensionen / Versor- gungsbezüge / Betriebsrente(n)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Einmalige Einnahme von Versorgungsbezügen (Abfindung / Kapitalisierung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Auszahlungen von Versor- gungsbezügen sind dem Jahr zuzurechnen in dem diese gezahlt werden
Sonstige Renten (z.B. Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Pacht- und / oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankengeld / Übergangsgeld / Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld II (Hartz IV) Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Studienbeihilfe / BaföG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhalt (z. B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Unterhaltszahlungen von „Dritten“ erhöhen das anzu- rechnende Einkommen
Mutterschaftsgeld / Elterngeld /Betreuungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Einnahmen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<i>Unterhaltszahlungen (für Kinder bzw. für getrennt lebende oder ge- schiedene Ehegatten)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Unterhaltszahlungen an „Dritte“ vermindern das anzurechnende Einkommen

Erwarten Sie Einkommensänderungen? _____

Bitte fügen Sie für alle bezogenen Einkünfte entsprechende Nachweise in Kopie bei

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Versicherten / ggf. des gesetzl. Vertreters)

Krankenkasse bzw. Kostenträger BKK24		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr. 102 122 660	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt.-Nr.	VK gültig bis	Datum

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

Vom Vertragsarzt auszufüllen !

A 1. Die / Der oben genannte Versicherte ist seit dem
wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung.

Hinweis: Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellung dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n): _____

Ende der Dauerbehandlung: nicht absehbar
voraussichtlich _____

A 2. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter A 1 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

Von der Krankenkasse auszufüllen !

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

B 1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

B 2 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 GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die in Abschnitt A bestätigte Krankheit begründet sein muss.

ja nein

B 3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt **A2** vor.

ja nein

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

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Krankenkasse