

:

**Telefon:**  
**Telefax:**  
**E-Mail:**

BKK24-Hauptverwaltung – 31681 Obernkirchen

**Sie erreichen uns persönlich:**

**Postanschrift für schriftliche Anliegen:**  
BKK24 | 31681 Obernkirchen

**Ihr Zeichen:**

**Datum:** 15.07.2022

## **Befreiung von Zuzahlungen**

für die teilweise Befreiung von den Zuzahlungen für ein Kalenderjahr, bieten wir Ihnen die Möglichkeit, Ihre Belastungsgrenze vorab bei uns einzuzahlen. Somit ersparen Sie sich das Sammeln der Quittungen. Hierfür benötigen wir bitte folgende Unterlagen:

- Den beigefügten Antrag ausgefüllt und unterschrieben.
- Einkommensnachweise (z.B. die aktuelle Rentenanpassung, Betriebsrentenbescheide, Arbeitslosengeld II - Bescheid) in Kopie.

Wenn Sie sich für „vorab einzahlen“ entscheiden (bitte das entsprechende Kreuz auf der ersten Seite des Antrages oben setzen), stellt sich der weitere Verlauf wie folgt dar:

1. Wir prüfen Ihren Antrag und senden Ihnen eine Mitteilung über die Höhe Ihrer persönlichen Belastungsgrenze und die Überweisungsdaten für Ihre Vorauszahlung zu.
2. Sie überweisen uns Ihre Vorauszahlung.
3. Wir senden Ihnen Ihren Befreiungsausweis für das Kalenderjahr anschließend zu.

Alternativ können Sie sich für das Sammeln Ihrer Zuzahlungsbelege entscheiden. In diesem Fall erhalten Sie eine Mitteilung über die Höhe Ihrer Belastungsgrenze. Sobald Sie diese erreicht haben, können Sie die Quittungen bei uns einreichen und werden für den Rest des Jahres von den Zuzahlungen befreit.

Bitte beachten Sie, dass eine Ratenzahlung des Vorauszahlungsbetrages nicht möglich ist!

Mit freundlichen Grüßen

# Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr \_\_\_\_\_

## Ich entscheide mich für:

- Vorab einzahlen:** Bitte teilen Sie mir meine Belastungsgrenze mit. Ich möchte meinen Befreiungsausweis nach Überweisung meiner Vorauszahlung erhalten.
- Belege sammeln:** Bitte teilen Sie mir meine persönliche Belastungsgrenze mit. Ich möchte die Quittungen im Jahr zunächst sammeln.

## 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. Änderungen in den Einkommens- oder Familienverhältnissen werde ich umgehend mitteilen.

Mir ist bekannt, dass Erstattungen bzw. Teilerstattungen von Vorauszahlungen nicht möglich sind. Zu Unrecht bezogene Leistungen/Erstattungen können 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. die Befreiung von den Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V).

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	
Einkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit	<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 / Versorgungsbezüge / 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 Versorgungsbezügen 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 / Grundsicherung	<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 anzurechnende 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 geschiedene 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)