

Rückantwort:
BKK Scheufelen
Schöllkopfstraße 65
73230 Kirchheim unter Teck

Name, Vorname:
Krankenversichertennummer:

ANTRAG AUF ERSTATTUNG/BEFREIUNG VON ZUZAHLUNGEN

Ich beantrage die Erstattung/Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr _____ für mich und meine gegebenenfalls unten aufgeführten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen:

MITGLIED:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

EHEGATTE:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

KIND:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

KIND:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

KIND:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

KIND:

Name: Geburtsdatum: Krankenkasse:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet
getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____

Ich bin bzw. mein Familienangehöriger- _____ - ist schwerwiegend chronisch krank.

Wenn Sie sich seit mindestens einem Jahr wegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung befinden, kann sich dies mindernd auf Ihre Belastungsgrenze auswirken.
Daneben muss folgendes vorliegen (**bitte zutreffendes ankreuzen**):

Pflegebedürftigkeit ab dem Pflegegrad 3 Teilnahme an einem DMP
Kopie Schwerbehindertenausweis ab Grad der Behinderung 60 liegt bei
Muster 55 über die Bestätigung einer chronischen Erkrankung vom Arzt liegt bei
Meine (Familien-)Bruttoeinnahmen habe ich auf der folgenden Seite aufgeführt.
Zur Prüfung habe ich die entsprechenden Zuzahlungsbelege im Original und die
Einkommensnachweise als Kopie beigelegt.

Bitte nächste Seite beachten

Erklärung zu den Familien-Einnahmen für

Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bei einem Befreiungsantrag im laufenden Kalenderjahr bitte auch die voraussichtlichen Einnahmen berücksichtigen. Kein Eintrag bedeutet keine derartige Einnahme.

| Zu meinem/unseren Bruttoeinnahmen gehören | Die monatlichen Einnahmen werden bezogen vom/von | | | | |
|---|--|-----------|------|------|------|
| | Mitglied | Ehegatten | Kind | Kind | Kind |
| Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen | | | | | |
| Lohn/Gehalt | | | | | |
| Einmalzahlungen (z.B. Urlaubsgeld) | | | | | |
| Selbständige Tätigkeit | | | | | |
| Geringfügige Beschäftigung | | | | | |
| Renten/Pensionen u.a. | | | | | |
| aus der gesetzl. Rentenversicherung z.B. Altersrente, Erwerbsminderungsrente. | | | | | |
| aus der Unfallversicherung | | | | | |
| aus der privaten Lebensversicherung | | | | | |
| Pensionen/Versorgungsbezüge | | | | | |
| Entgeltersatzleistungen | | | | | |
| Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld | | | | | |
| Arbeitslosengeld | | | | | |
| Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld | | | | | |
| Mutterschaftsgeld | | | | | |
| Sonstiges | | | | | |
| Pacht- und/oder Mieteinnahmen | | | | | |
| Zinsen aus Kapitalvermögen | | | | | |
| Unterhalt, Unterhaltsleistungen | | | | | |
| Sonstige Einnahmen | | | | | |
| Arbeitslosengeld II/Bürgergeld | | | | | |
| Sozialgeld | | | | | |

Ich lebe in einem Pflegeheim / Behindertenheim o.ä. Ja Nein
 Heimkosten werden vom Sozialamt bezuschusst Ja Nein
 Mein Taschengeld beträgt: ----- .

Ich erwarte für das umseitig genannte Kalenderjahr keine Einkommensänderung
 Ich erwarte für das umseitig genannte Kalenderjahr folgende Einkommensänderung:
 Änderung: -----

Meine Bankverbindung:

----- IBAN ----- BIC ----- Name des Geldinstituts -----

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Kein Eintrag zu den Einnahmen bedeutet keine derartigen Einnahmen.

----- Datum ----- Unterschrift des Mitglieds ----- Telefon (tagsüber) -----

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich (§ 284 SGB V). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/>) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu

Merkblatt - Befreiung von den Zuzahlungen

Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur persönlichen Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit seit mindestens 1 Jahr in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 %.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind Abschläge für die jeweiligen Angehörigen zu berücksichtigen. Die Zuzahlungen der im Haushalt lebenden Angehörigen fließen ebenfalls in die Berechnung mit ein. Die Gesamtsumme der Zuzahlungen wird dann der persönlichen Belastungsgrenze gegenübergestellt.

Folgende **gesetzliche** Zuzahlungen können berücksichtigt werden:

Arznei- und Verbandmittel: hier sind Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Medikamentenpreises zu entrichten, mindestens 5,00 EUR bis maximal 10,00 EUR.

Heilmittel: Zuzahlungen sind in Höhe von 10 % der Kosten pro Behandlung sowie 10,00 EUR je Verordnung zu entrichten.

Hilfsmittel: Zuzahlungen sind in Höhe von 10 % der Kosten (mindestens 5,00 EUR bis maximal 10,00 EUR) zu entrichten.

Haushaltshilfe: hier werden Zuzahlungen pro Kalendertag entrichtet, diese belaufen sich auf 10 % der Kosten, jedoch mindestens 5,00 EUR bis maximal 10,00 EUR täglich.

Krankenhausbehandlung: ab Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung werden innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage Zuzahlungen entrichtet. Diese belaufen sich auf 10,00 EUR pro Kalendertag.

Medizinische Rehabilitation (Kostenträger Krankenkasse): Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben zahlen je Kalendertag 10,00 EUR an die Einrichtung ohne Tagesbegrenzung. Nach unmittelbarem Anschluss vom Krankenhausaufenthalt zur medizinischen Rehabilitation (Anschlussrehabilitation Frist von 14 Tagen), sind Zuzahlungen in Höhe von 10,00 EUR täglich zu entrichten. Jedoch nicht mehr als 28 Tage.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (Kostenträger Krankenkasse): hier ergeben sich Zuzahlungen in Höhe von 10,00 EUR pro Kalendertag.

Fahrkosten: hier sind Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Fahrpreises zu entrichten, mindestens 5,00 EUR bis maximal 10,00 EUR pro Fahrt, auch wenn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

Nicht zu den gesetzlichen Zuzahlungen gehören:

- Brillen
- Mehrkosten bei Arznei- und Verbandmitteln
- Privatrechnungen
- Privatverordnungen
- Privatrezepte
- Zahnersatz