###### Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name, Vorname des Versicherten | Geburtsdatum | Krankenversichertennummer |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Für das laufende Kalenderjahr 01.01. bis | | |  |  |  |
| Für das abgelaufene Kalenderjahr 01.01. bis 31.12. | | |  |  |  |
| Das Mitglied Der Angehörige | |  | | ist seit |  |
| in Dauerbehandlung bei: |  | | | | |

Gemeinsame Kinder Ja  Nein

Gemeinsame Steuerveranlagung Ja  Nein

**Einkommensverhältnisse und Zuzahlungen**

Ich, mein Ehegatte und die familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mitglied** | **Ehegatte** | **Kind 1** | **Kind 2** | **Kind 3** |
| **Name**  **Vorname**  **Geburtsdatum** |  |  |  |  |  |
| **Jährliche Bruttoeinnahmen in EUR1) 2)** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **Zuzahlungen2) für** | ----------- | ----------- | ----------- | ----------- | ----------- |
| **- Arzneimittel** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Heilmittel** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Fahrkosten** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Haushaltshilfe** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Häusliche Kranken-pflege** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Hilfsmittel** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **- Stationäre Behandlungen (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)** | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| **Name und Adresse der Krankenkasse** | BKK Deutsche Bank AG |  |  |  |  |

**Datenschutzhinweis**: Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 Sozialgesetzbuch V (SGB) i. V. mit § 60  Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X.

Zu 1) und 2) siehe nächste Seite

Wenn meine persönliche Belastungsgrenze bereits überschritten wurde, bitte ich um Überweisung des zu viel geleisteten Betrags auf mein Konto:

     

IBAN bei (Bank, Sparkasse)

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Die bestätigten Zuzahlungen sind mir bzw. meinen Angehörigen tatsächlich entstanden.

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

**1)** Zu den Jahresbruttoeinnahmen gehören Lohn und Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit und Kapitalvermögen sowie Vermietung, Verpachtung, außerdem Arbeitslosengeld, die Bruttobeträge von Betriebsrenten und Renten aus gesetzlicher oder privater Versicherung, Elterngeld usw.

Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung. Wenn der Wert der Sachbezüge in den Jahresbruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art angeben (z. B. freie Kost und / oder Wohnung).

Nicht zu den Bruttoeinnahmen gehören Leistungen, die zum Ausgleich einer Behinderung gezahlt werden, wie z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG oder Leistungen der Pflegeversicherung, Kindergeld und BAföG.

Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von Jahresbruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden. Bitte entsprechende Nachweise beilegen.

**2)** Entsprechende Belege sind beigefügt, z. B. Quittungen, Quittungshefte, Verdienstbescheinigung(en), Rentenbescheid(e), Steuerbescheid(e), Sozialhilfebescheid(e), Bescheid(e) über die Erträge aus Miete, Pacht, Kapital usw.

###### Wichtiger Hinweis:

###### Bei Versicherten, die z. B. Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz o. ä. erhalten oder deren Heimkosten von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden, wird als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands angerechnet.