

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/Erstattung für das Jahr _____

**AKZO NOBEL
BAYERN**



BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach am Main

Fax: 06022 70698-460
E-Mail: kundenberatung@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-460

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/Erstattung für das Jahr

Jahreszahl

Name, Vorname		KV-Nummer / Geburtsdatum	
Anschrift		Familienstand	Telefonnummer
IBAN D E _____			
Geldinstitut		Kontoinhaber (Name, Vorname, nur wenn abweichend vom Antragsteller)	
Adresse des Kontoinhabers			

1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

	Name, Vorname	KV-Nr. / Geburtsdatum	Krankenkasse	Zuzahlungen (€)
Antragsteller			BKK Akzo Nobel	
Ehegatte/ Lebenspartner*				
Kind				
Kind				
Kind				

* Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

2. Meine monatlichen Bruttoeinnahmen und die aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag).

Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zu den Einnahmen) gemachten Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der BKK eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Einen evtl. errechneten Erstattungsbetrag überweisen Sie bitte auf das oben angegebene Girokonto.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Ort, Datum	Unterschrift des / der Versicherten
------------	-------------------------------------



Erklärung zum Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/ auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung _____

Name, Vorname	KV-Nummer / Geburtsdatum
---------------	--------------------------

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Belege sind beigelegt)		Die Einnahmen werden bezogen vom/von:				
Einkunftsart	Höhe der Einnahmen (Monat) EUR	Versicherten	Ehegatten/ Lebenspartner*	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitseinkommen						
- Selbstständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
Arbeitsentgelt						
- Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Geringfügige Beschäftigung z.B. 450 Euro-Job <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
Renten/Pensionen/u. a.						
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung z. B.: Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- aus privater Lebensversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen, Betriebsrenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- von ausländischen Rentenversicherungsträgern oder -stellen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Rente nach dem BVG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
Erträge						
- Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
Entgeltersatzleistungen						
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
Sonstiges						
- Kostenübernahme der Heimunterbringung bzw. Zuschuss zu den Heimunterbringungskosten durch andere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Eigenheimzulage oder Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Sachbezüge (Unterkunft, Wohnung, Verpflegung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB X II, („Sozialhilfe“; Grundsicherung im Alter bzw. wg Erwerbsminderung) oder der Kriegsopferfürsorge/BVG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					
- weitere sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____					

Die entsprechenden Einkommensnachweise habe ich beigelegt.

*Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes



Ertragnisaufstellung/Negativbescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Anschrift

bei unserem Kreditinstitut für das letzte Kalenderjahr Zinsen aus

- Girokonto(-konten)	_____	€
- Sparbuch(-bücher)	_____	€
- Sparbrief(en) und/oder	_____	€
Sparvertrag(-verträgen)	_____	€
- Erträge von sonstigen Wertpapieren	_____	€
(z.B. Aktien, Fondsanteilen, usw.)	_____	€
<input type="checkbox"/> Gesamterträge aller Kontoverbindungen	_____	€
<input type="checkbox"/> keine Zinseinkünfte	(sofern Einzelaufstellung nicht möglich)	

erhalten hat.

Höhe des vorliegenden Freistellungsauftrages

Die Angaben beinhalten alle bei unserer Bank geführten Konten und Depots.

Unterschrift

Ort, Datum	Stempel der Bank, Unterschrift
------------	--------------------------------



Information zu Ihrem Antrag auf Erstattung/ Befreiung von Zuzahlungen

Versicherte leisten Zuzahlungen während eines Kalenderjahres nur bis zur Belastungsgrenze: Sie beträgt 2% (bzw. 1% bei Versicherten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung nach Bescheinigung Ihres Arztes) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Durch Freibeträge wird auf die besondere Situation von Familien Rücksicht genommen.

Bei der Berechnung werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen jeweils zusammengerechnet.

Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Anzugeben sind sämtliche Einkünfte, die zur Bestreitung Ihres Lebensunterhaltes zur Verfügung stehen. Hierbei sind nicht nur laufende Zahlungen (z.B. Arbeitsentgelt, Rente), sondern auch unregelmäßige Einkünfte (z. B. Zinserträge, Betriebsrenten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) anzugeben.

Die Angaben sind durch entsprechende Nachweise (z. B. amtliche Bescheide) zu belegen.

Zuzahlungen

Dazu zählen Zuzahlungen bei

- Arznei-, Verband-, Heil-, und Hilfsmitteln
- Krankenhausbehandlung, medizinische Vorsorge-/ Rehabilitation
- Haushaltshilfen, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege
- Fahrkosten, wenn sie als Leistung der BKK vorgesehen sind

Nicht als Zuzahlung gelten Fahrkosten zur ambulanten Behandlung, die grundsätzlich keine Leistung der BKK sind.

Über die Vertragsleistung hinausgehende Aufwendungen können ebenfalls nicht berücksichtigt werden (z.B. Nicht verordnungsfähige bzw. ausgeschlossene Arzneimittel, Aufwendungen über dem jeweiligen Festbetrag/ Vertragspreis), ebenso Eigenanteile (z.B. bei kieferorthopädischen Behandlung, Zahnersatz).

Nachweis der Zuzahlungen

Bitte beachten Sie, dass wir nur Zuzahlungsbelege berücksichtigen können, auf denen eindeutig

- Der Namen des Versicherten,
- Die Höhe jeder einzelnen Zuzahlung und
- Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers (z.B. Apotheke)

Vermerkt sind. Es muss also eindeutig erkennbar sein, dass es sich um eine Zuzahlung entsprechend der geltenden Gesetze für den Patienten handelt.

Beträge von nicht eindeutigen Quittungen können nicht zur Berechnung herangezogen werden.

Befreiungsausweis

Wird die Belastungsgrenze bereits während des Kalenderjahres erreicht, ist eine Befreiung für den Rest des Jahres möglich. Wir werden Ihnen/ Ihrer Familie dann einen Befreiungsausweis ausstellen.