

Bitte senden an:

Absender:

Ihr Zeichen:

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr

Die Datenerhebung beruht auf § 99 Sozialgesetzbuch (SGB X) und erfolgt in Verbindung mit den §§ 60 und 62 Sozialgesetzbuch (SGB I).

Machen Sie bitte vollständige Angaben und legen die **aktuellen Bescheide/Einkommensnachweise in Kopie**, Nachweise über bereits geleistete **Zuzahlungen im Original** bei, um Nachteile bei der Entscheidung zu vermeiden.

Versicherte(r)	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Befreiung von Zuzahlungen / Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen

- Da meine Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschreiten werden, möchte ich den Gesamtbetrag im Voraus zahlen. Bitte teilen Sie mir hierfür die Höhe meiner Belastungsgrenze mit.
- Sofern meine Zuzahlungen im laufenden Jahr die Belastungsgrenze noch nicht erreicht haben, möchte ich den Restbetrag im Voraus zahlen. Bitte teilen Sie mir den noch zu zahlenden Betrag mit.
- Meine Zuzahlungen haben die Belastungsgrenze überschritten. Bitte überweisen Sie die von mir zu viel geleisteten Zuzahlungen.

Angaben zum gemeinsamen Haushalt (bzw. bei Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung)

Ehe-/Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben. Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind.

	Name, Vorname	Geb.-Datum	Krankenkasse	Versichertennummer
Versicherte(r)			DAK-Gesundheit	
Ehegatte/ Lebenspartner				
Kind				
Kind				

Schwerwiegend chronische Erkrankung

- Ich bin schwerwiegend chronisch krank. Folgender Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank:

Für den schwerwiegend chronisch Kranken _____

- besteht Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 3.
- nimmt an einem Gesundheitsprogramm der DAK-Gesundheit teil.
- liegt eine Schwerbehinderung/Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 60% vor und diese hat ihre Ursache in der schwerwiegend chronischen Erkrankung.
- ein Nachweis über die schwerwiegend chronische Erkrankung liegt dem Antrag bei bzw. wird nachgereicht (*Bescheinigung Muster 55 erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt*).

Angaben zu den Jahres-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe, Grundversicherungsleistungen, Kriegsopferfürsorge).
- Ich lebe in einem Pflege-/Seniorenheim oder einer ähnlichen Einrichtung **und** die Kosten der Unterbringung trägt die **Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge**.

Keine weiteren Angaben zu Ihren Einnahmen notwendig (die aktuellen Bescheide bitte als Kopie beifügen).

Falls keiner der o. g. Punkte zutrifft, benötigen wir noch die nachfolgenden Angaben von Ihnen. Tragen Sie bitte Jahres-Bruttobeträge ein und legen Sie aktuelle Bescheide/Einkommensnachweise in Kopie bei.

Art der Einnahmen	Versicherte(r)	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind	Kind
Rente / Pension				
• aus der gesetzlichen Rentenversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Versorgungsbezüge	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Ruhegehalt, Betriebsrenten	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• aus der gesetzlichen Unfallversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• aus privaten Verträgen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• von ausländischen Versicherungsträgern	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitsentgelt				
• Gehalt / Lohn	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• geringfügige Beschäftigung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Prämien)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitseinkommen				
• aus selbstständiger Tätigkeit	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• aus Land- und Forstwirtschaft	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Entgeltersatzleistungen				
• Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld u.a.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
• Mutterschaftsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Arbeitslosengeld I	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige Einkünfte z. B. Zinserträge, Miet-/Pachteinnahmen, Unterhaltsleistungen, Sachbezüge (z. B. freie Kost und Wohnung)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Angaben zur Zahlungsweise

- Ich werde den mir mitgeteilten Betrag umgehend an die DAK-Gesundheit überweisen.
- Der DAK-Gesundheit liegt bereits ein SEPA-Lastschriftmandat vor. Bitte buchen Sie den Betrag nach schriftlicher Ankündigung ab.
- Den Betrag möchte ich gern abbuchen lassen. Bitte senden Sie mir das Formular zu.

Bankverbindung für Erstattungen

Kontoinhaber (Zahlungsempfänger) - falls abweichend von der / dem Versicherten

IBAN

BIC (nur für Auslandsüberweisungen)

Geldinstitut

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Diese können jederzeit nachgeprüft werden. Sollten sich meine Einkünfte und/oder die meiner Angehörigen ändern, werde ich die DAK-Gesundheit unverzüglich informieren. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht bezogene Leistungen an die DAK-Gesundheit zurückgezahlt werden müssen.

Bitte hier in jedem Fall unterschreiben!

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar
Vorwahl / Rufnummer (Angabe ist freiwillig)

