

## Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

<b>Angaben zum Antragsteller</b>				
Name, Vorname, Geburtsdatum			Versichertennummer	
Anschrift			Telefon / eMail (freiwillige Angabe)	
<b>Familienstand</b>				
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend _____				
<b>Antrag wird gestellt für Kalenderjahr/e</b>				
<input type="checkbox"/> 2024 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2020				
<b>Folgende Angehörige leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt</b>				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied:				BKK Pfalz
Ehegatte:				
1. Kind:				
2. Kind:				
3. Kind:				
<b>Bankverbindung</b>				
IBAN	BIC	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers	
<p>Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben und informiere die BKK Pfalz unverzüglich über Änderungen. Zu Unrecht erhaltene Leistungen müssen an die Krankenkasse zurückgezahlt werden.</p>				
<b>Ort, Datum</b>		<b>Unterschrift</b>		

## Anlage zum Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Art des Einkommens (jährlich)	Hinweise (Was wird angerechnet? / Welcher Nachweis wird benötigt?)	Mitglied	Ehegatte	weitere Angehörige
<b>Arbeitsentgelt</b> aus einer (geringfügigen) Beschäftigung	Bruttoentgelt / Lohnabrechnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
Einkünfte aus <b>selbständiger Tätigkeit</b>	Steuerbescheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Arbeitslosengeld I</b>	Leistungsbetrag / Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Arbeitslosengeld II / Grundsicherung</b>	Bewilligungsbescheid des Jobcenters oder Sozialamts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Entgeltersatzleistungen</b> (z.B. Krankengeld, Elterngeld, Übergangsgeld o.ä.)	Bewilligungsbescheid des Leistungsträgers	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Renten der Deutschen Rentenversicherung</b> (z.B. Alters- oder Hinterbliebenenrenten, Erwerbsminderungsrenten o.ä.)	Bruttorente / Rentenbescheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Betriebsrenten &amp; Versorgungsbezüge</b>	Bruttobeträge / Rentenbescheid oder Bezugsmitteilung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Sonstige Renten</b> (z.B. Unfallrenten, Renten aus privater Rentenversicherung, Auslandsrenten o.ä.)	Bruttorente bzw. Nettobetrag wenn beitragsfrei / Rentenbescheid oder ähnlicher Nachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
Einkünfte aus <b>Vermietung, Verpachtung</b> oder <b>Kapitalvermögen</b>	Mieten ohne Betriebskosten (Kaltmiete) – z.B. Kopie des Mietvertrags / Zinsbescheinigung / Steuerbescheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Sonstige Einnahmen</b> (z.B. Unterhaltszahlungen)	Kontoauszug o.ä. geeigneter Nachweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
<b>Jahresbruttoeinnahmen gesamt:</b>				

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben und informiere die BKK Pfalz unverzüglich über Änderungen. Zu Unrecht erhaltene Leistungen müssen an die Krankenkasse zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Bescheinigung einer 55  
schwerwiegenden  
chronischen Erkrankung  
gem. § 62 SGB V**

Seit \_\_\_\_\_  
(mindestens 4 Quartale zurückliegend)  
ist der Versicherte wegen derselben  
Erkrankung in Dauerbehandlung.

**behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD-10)**  
ICD-10 - Code                      ICD-10 - Code                      ICD-10 - Code

**Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben  
genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich**

- ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar  
 ja, voraussichtlich bis \_\_\_\_\_  
 nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen**

**Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.**

**In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.**

**Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.**

**Angaben zum antragstellenden Versicherten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenversichertennummer