

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Angaben zum Antragsteller				
Name, Vorname, Geburtsdatum			Versichertennummer	
Anschrift			Telefon / eMail (freiwillige Angabe)	
Familienstand				
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend _____				
Antrag wird gestellt für Kalenderjahr/e				
<input type="checkbox"/> 2024 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2020				
Folgende Angehörige leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied:				BKK Pfalz
Ehegatte:				
1. Kind:				
2. Kind:				
3. Kind:				
Bankverbindung				
IBAN	BIC	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers	
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">r</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">K</div> <div style="text-align: right; margin-right: 150px;">r</div> <div style="text-align: right; margin-right: 200px;">n. Zu</div> <p>Unrecht erhaltene Leistungen müssen an die Krankenkasse zurückgezahlt werden.</p>				
Ort, Datum		Unterschrift		

Anlage zum Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Art des Einkommens (jährlich)	Hinweise (Was wird angerechnet? / Welcher Nachweis wird benötigt?)	Mitglied	Ehegatte	weitere Angehörige
Arbeitsentgelt 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 selbständiger Tätigkeit	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 _____ €
Arbeitslosengeld I	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 _____ €
Arbeitslosengeld II / Grundsicherung	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 _____ €
Entgeltersatzleistungen (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 _____ €
Renten der Deutschen Rentenversicherung (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 _____ €
Betriebsrenten & Versorgungsbezüge	Bruttobeträge / Rentenbescheid oder Bezugsmittelteilung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ €
Sonstige Renten (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 Vermietung, Verpachtung oder Kapitalvermögen	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 _____ €
Sonstige Einnahmen (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 _____ €
Jahresbruttoeinnahmen gesamt:				

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