

**Postanschrift:**  
**BKK24, 31681 Obernkirchen**

Fax:  
E-Mail:

**Sie erreichen uns persönlich:**

Telefon

**Versicherten-Nr.:**

Datum  
01.12.2022

## **Ihr Antrag auf zusätzliche Kostenübernahme für Zahnersatz**

gerne senden wir Ihnen einen Antrag auf zusätzliche Kostenübernahme für Zahnersatz.

Neben dem unterschriebenen Antrag benötigen wir Nachweise über Ihr Familien-Brutto-Einkommen. Zu den Bruttoeinnahmen gehören grundsätzlich alle Einnahmen Ihrer Familie.

Sobald wir Ihre Unterlagen erhalten haben prüfen wir gerne die Möglichkeit einer zusätzlichen Kostenübernahme für Ihren Zahnersatz. Diese ist dann möglich, wenn die Einkommensgrenze unterschritten wird.

In diesem Fall übernimmt die BKK24 grundsätzlich die vollen Kosten für Sie. Lediglich bei außervertraglichen Leistungen sind die Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen. Der Zuschuss ist auf die tatsächlichen Kosten begrenzt.

Die Einkommensgrenze beträgt [brutto]:

- bei Alleinstehenden **1.316,00 €**
- mit einem Angehörigen **1.867,25 €**
- bei zwei Angehörigen **2.206,75 €**
- bei drei Angehörigen **2.546,25 €**
- bei vier Angehörigen **2.885,75 €**
- für jeden weiteren Angehörigen **339,50 €**

Als Angehörige gelten alle familienversicherten Kinder, die mit Ihnen in einem Haushalt leben, des Weiteren wird der Ehegatte berücksichtigt.

**Bitte Rückseite beachten**

Bitte lassen Sie uns die ausgefüllten Unterlagen binnen 14 Tagen wieder zukommen.

Überschreiten Sie die oben genannten Brutto-Einkünfte, erhalten Sie den doppelten Festzuschuss nicht. In diesem Fall bitten wir um eine kurze Information.

Sollten wir bis zum oben genanntem Datum die Unterlagen nicht zurück erhalten haben, gehen wir davon aus, dass Sie Ihren Antrag nicht weiter verfolgen möchten.

Haben Sie Fragen oder benötigen sie weitere Informationen – rufen Sie uns gerne an.

Mit freundlichen Grüßen

**Anlage**



Antrag für: , ( )

**Erklärung zu den Einkommensverhältnissen zum Lebensunterhalt der Familie:**

Art der Einnahme	Bezug ja / nein	Bruttoeinnahmen (bitte angeben ob jährlich o. monatlich)		
		Mitglied	Ehegatte	Familienversicherte Angehörige
Arbeitseinkommen				
Selbstständige Tätigkeit (Einkommenssteuerbesch.)	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Weihnachtsgeld / Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rente / Pensionen				
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hinterbliebenenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gesetzliche Unfallrente (bitte auch MdE angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Private Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Pensionen / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Betriebsrente(n)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Renten (z.B. Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erträge				
Pacht- und / oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zinsen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Entgeltersatzleistungen				
Krankengeld / Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Einnahmen				
Eigenheimzulage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhalt / Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Mutterschaftsgeld / Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterbringungskosten v. Dritten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Studienbeihilfe / BaföG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Einnahmen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Erwarten Sie Einkommensänderungen?

\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie für alle bezogenen Einkünfte entsprechende Nachweise bei!

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum      Tel. (freiw. Angabe)      Email oder Fax      (Unterschrift des Versicherten / ggf. des gesetzl. Vertreters)