

## **Antrag auf teilweise Befreiung / Erstattung von Zuzahlungen**

«anrede»

gerne übersenden wir Ihnen die Antragsunterlagen für die teilweise Befreiung / Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen.

### **Wichtige Hintergrundinformationen für Sie:**

Der Gesetzgeber legt zuzahlungspflichtige Leistungen fest, diese Zuzahlungen sind von den Versicherten zu entrichten.

Um jedoch eine finanzielle Überlastung zu vermeiden, sind Zuzahlungen nur bis zu einer bestimmten Grenze zu leisten. Diese sogenannte Belastungsgrenze beträgt 2% der jährlichen Familienbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Sollten Sie wegen einer chronischen Erkrankung seit über einem Jahr in Dauerbehandlung sein, reduziert sich diese Grenze auf 1%.

Wenn Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze ermitteln möchten, können Sie diese bequem durch unseren Online-Zuzahlungsrechner berechnen lassen. Sie finden diesen auf unserer Internetseite [www.bkk24.de](http://www.bkk24.de).

Die Belastungsgrenze wird jeweils für ein Kalenderjahr berechnet, das heißt, für eine Befreiung müssten Ihre Zuzahlungen die Grenze innerhalb eines Jahres übersteigen.

Sollten Ihre Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschreiten, erstattet Ihnen die BKK24 die zu viel geleisteten Zahlungen. Für das restliche Kalenderjahr senden wir Ihnen dann einen Befreiungsausweis zu. Dieser befreit Sie von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht.

**Bitte Rückseite beachten!**

Für folgende Leistungen werden z.B. gesetzliche Zuzahlungen erhoben:

- Arznei- und Verbandmittel
- Heil- und Hilfsmittel
- Fahrkosten
- Haushaltshilfe
- Häusliche Krankenpflege
- Stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungen

Dies gilt für diese Zuzahlungen auch, wenn diese bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland entrichtet wurden oder sie im Rahmen der Kostenerstattung von Auslandsrechnungen von dem Erstattungsbetrag von uns abgezogen wurden.

Nicht berücksichtigt werden dagegen Kosten, die dadurch entstehen, dass z.B. Arznei- oder Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen sowie der Eigenanteil zu Zahnersatz.

Ihre persönliche Belastungsgrenze errechnet sich wie folgt:

Gesamtbruttoeinnahmen der Familie abzüglich der entsprechend geltenden gesetzlichen Freibeträge für Ehegatten und familienversicherte Kinder.

Von den verbleibenden Bruttoeinnahmen ergeben 2% die jährliche Belastungsgrenze. Sollte eine chronische Erkrankung vorliegen, reduziert sich die Grenze, wie oben beschrieben, auf 1%. Die dauerhafte Behandlung der chronischen Erkrankung wird mit einer ärztlichen Bescheinigung (Muster 55 von Ihrem Arzt) bestätigt.

Bei Empfängern von Sozialleistungen (z.B. Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II) gilt der so genannte Regelsatz als anzurechnendes Einkommen. Als Einkommen wird für diesen Personenkreis bundeseinheitlich der Eckregelsatz zugrunde gelegt.

Bei der Berechnung werden die im Haushalt lebenden Angehörigen mit Ihren Zuzahlungen und den Einkünften zusammengefasst. Dies sind in der Regel Ehegatten und familienversicherte Kinder.

**Bitte füllen Sie den beiliegenden Antrag aus und legen Sie entsprechende Nachweise bei. Die Einkommensnachweise genügen in Kopie, die Zuzahlungsquittungen benötigen wir im Original.**

Es können nur Zuzahlungsbelege / bei Rechnungen mit Zahlungsnachweis akzeptiert werden, aus denen

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
- die Art der Leistung (z.B. Arzneimittel/Heilmittel),
- der Zuzahlungsbetrag
- das Datum der Abgabe und
- die abgebende Stelle (z.B. Stempel) hervorgehen.

Die Erhebung der Daten beruht auf den gesetzlichen Bedingungen (§ 62 SGB V i. V. m. § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X). Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

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

Mit freundlichen Grüßen  
unterschrift  
«sbnamunt»

**Anlage**

Datenschutzhinweis\_DSGVO\_allg

**Antrag auf Erstattung / Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_ für:**

«name», «vorname» - «kvnr»

**Ich entscheide mich für:**

**Vorab einzahlen:** Möglich nur solange keine Zuzahlungen für das beantragte Kalenderjahr gezahlt wurden. Bitte teilen Sie mir meine Belastungsgrenze mit. Ich möchte meinen Befreiungsausweis nach Überweisung meiner Vorauszahlung erhalten.

**Belege sammeln:** Bitte teilen Sie mir meine persönliche Belastungsgrenze mit. Ich möchte die Quittungen im beantragten Jahr zunächst sammeln.

**Meine Bankverbindung:**

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**

verheiratet       eingetragene Lebenspartnerschaft  
(gilt für gleichgeschlechtliche Paare nach LPartG)

ledig       getrennt lebend       geschieden       verwitwet

Meine Telefon-Nr. für Rückfragen (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

**Angaben zu den mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen:**

Name, Vorname	Geburtstag	Wie verwandt?	Wo versichert?	Familienversichert?
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen in den Einkommens- oder Familienverhältnissen werde ich umgehend mitteilen. Mir ist bekannt, dass Erstattung bzw. Teilerstattungen von Vorauszahlungen nicht möglich sind. Ebenso können zu Unrecht bezogene Leistungen / Erstattungen von der Kasse zurück gefordert werden.

**Datenschutzhinweis (§ 87a Abs. 3 SGB X):**

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich (§ 60 SGB I i. V. m. § 99 SGB X). Die Daten sind für die Feststellung der Erstattung bzw. Befreiung von den Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V).

**Bitte Rückseite beachten!**

Antrag für: «name», «vorname» - «kvnr»

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

Art der Einnahme (Bruttoeinnahme)	Bezug ja / nein	Bruttoeinnahmen (bitte angeben ob jährlich o. monatlich)		
		Mitglied	Ehegatte	
Selbstständige Tätigkeit (Einkommenssteuerbescheid)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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			
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hinterbliebenenrente / Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gesetzliche Unfallrente (bitte MdE angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			MdE in %:
Laufende Einnahme aus einer privaten Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Laufende Pensionen / Versor- gungsbezüge / Betriebsrente(n)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Einmalige Einnahme von Versorgungsbezügen (Abfindung / Kapitalisierung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Auszahlungen von Versor- gungsbezügen sind dem Jahr zuzurechnen in dem diese gezahlt werden
Sonstige Renten (z.B. Ausland)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Pacht- und / oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankengeld / Übergangsgeld / Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld II (Hartz IV) / Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung / Bürgergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Studienbeihilfe / BAföG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhalt (z.B. von einem nicht regelmäßig mit Ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Unterhaltszahlungen von „Dritten“ erhöhen das anzu- rechnende Einkommen
Mutterschaftsgeld / Elterngeld / Betreuungsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Einnahmen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<i>Unterhaltszahlungen (für Kinder bzw. für getrennt lebende oder ge- schiedene Ehegatten)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Unterhaltszahlungen an „Dritte“ vermindern das anzurechnende Einkommen

Erwarten Sie Einkommensänderungen? \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie für alle bezogenen Einkünfte entsprechende Nachweise in Kopie bei**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten / ggf. des gesetzl. Vertreters)