

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0

E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen**
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Bei Vorliegen einer schwerwiegend chronischen Erkrankung, lassen Sie die Bescheinigung (Muster 55, erhältlich bei Ihrem Arzt) von Ihrem Arzt ausfüllen.
5. Fügen Sie dem Antrag bitte alle notwendigen Nachweise (Einkommensbestätigungen, Zuzahlungsquittungen) mit bei.
6. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner



Bei schwerwiegender chronischer Erkrankung:
Bitte Bescheinigung (Muster 55) vom Arzt beifügen!

Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen

für das abgelaufene Kalenderjahr 01.01. bis 31.12. _____

für das laufende Kalenderjahr 01.01. bis _____

Allgemeine Angaben / Familienverhältnisse

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2/Sonstige
Name, Vorname, Geburtsdatum				
versichert bei (Name der Krankenkasse)	BKK Faber-Castell & Partner			
Meine Bankverbindung: IBAN: _____		BIC: _____		
Name der Bank/Sparkasse: _____		Kto. Inhaber: _____		
Für die Befreiung von den Zuzahlungen liegt ein besonderer Grund vor, weil ich				
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Kriegsopferfürsorge o. bedarfsorientierte Grundsicherung) erhalte. Ein Nachweis liegt bei.				
<input type="checkbox"/> in einem Heim untergebracht bin und die Kosten von der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge übernommen werden. Ein Nachweis hierüber liegt bei.				

Angaben zum Bruttoeinkommen / Einnahmen zum Lebensunterhalt im Kalenderjahr

	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2/Sonstige	Bitte beifügen:
Lohn/Gehalt Brutto	€	€	€	€	Letzte Abrechnung(en)
Leistungen der Agentur f. Arbeit	€	€	€	€	Aktuellen Bescheid
Renten (brutto)	€	€	€	€	Aktuellen Rentenbescheid
Betriebsrente/ Versorgungs- bezüge	€	€	€	€	Aktuellen Bescheid
Zinseinkünfte aus Giro, Sparbücher, Wertpapieren etc.	€	€	€	€	Bescheinigung der Bank

Erhalten Sie oder Ihre Angehörigen folgende Einnahmen:

Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein
Abfindungen	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein	Taschengeld/kostenloses Wohnrecht (z. B. aus Übergabevertrag)	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein
Renten (z. B. aus privater Lebensversicherung)	<input type="checkbox"/> ja _____ € <input type="checkbox"/> nein	Unfallrenten (z. B. von einer Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltszahlungen (bei Geschiedenen oder getrennt Lebenden)	<input type="checkbox"/> ja _____ € von wem: _____ <input type="checkbox"/> nein		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende Nachweise beigelegt. Über Änderungen besonders bei den Einkommensverhältnissen werde ich sie unterrichten.

(Datum/Unterschrift; *telefonisch tagsüber erreichbar – freiwillige Angabe*)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben gem. Art. 5,6 DSGVO i.V.m. § 284 Abs. 1 Nr. 4 und § 62 SGBV zum Zwecke der Ermittlung der Belastungsgrenze und zur Erbringung von Leistungen nach dem SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Erstattung von Zuzahlungen führen (vgl. § 66 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter: www.bkk-faber-castell.de/datenschutz oder erhalten Sie in jeder Geschäftsstelle der BKK Faber-Castell & Partner.



Checkliste zu Ihrem Befreiungsantrag

Name:

Geburtsdatum:

KV-Nummer:

Antragsunterlagen (bitte unterschreiben)

- Antrag mit persönlichen Angaben und Einkommensfragebogen
(bitte geben Sie das Bruttofamilieneinkommen an)
-

Einkommensbelege (Einkünfte müssen mit aktuellen Nachweisen belegt werden!)

Erhalten Sie hier:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Rentenmitteilungen (u.a. auch Betriebs- und Zusatzrenten) | Rentenkasse |
| <input type="checkbox"/> Lohn- und Gehaltsabrechnungen und Nachweis über Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld/Weihnachtsgeld). Dies gilt auch für geringfügige Beschäftigungen. | Arbeitgeber |
| <input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheide (z.B. ALG, ALG II) | Agentur für Arbeit / Jobcenter |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfebescheid / Grundsicherung | Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> Zinsbescheinigungen von allen Konten | Bank |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Steuerbescheinigung | Steuerberater/
Finanzamt |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Dokumente: _____ | |
-

Ärztliche/Medizinische Bescheinigungen

Erhalten Sie hier:

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | Versorgungsamt |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Bescheinigung - Muster 55
Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung | Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Medikationsplan / Medikamenten-Einnahmeplan | Hausarzt |
-

Info für Zuzahlungsbelege

Arzneimittel:

Bitte reichen Sie uns die **Arzneimitteljournale** (Sammelbelege) von Ihrer Apotheke ein. Einzelbelege können wir aus rechtlichen Gründen nur akzeptieren, wenn diese mit Ihrem Namen versehen sind.

Sonstige Zuzahlungsbelege:

Hierzu zählen z.B. Zuzahlungen zu Heil- oder Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, Fahrkosten etc. Reichen Sie diese Belege bitte mit den dazugehörigen Zahlungsnachweisen (z.B. Quittungen oder Kontoauszüge) bei uns ein.

Bitte beachten!

Privatrezepte und Quittungen mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können für die Berechnung nicht anerkannt werden.

