

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0

Telefax
09921 9602-19

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

Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen

Name **Vorname** **Geburtsdatum** **Versichertennummer**

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
versichert bei (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>			
Meine Bankverbindung lautet:	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kontonummer	Name der Bank	Bankleitzahl	
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	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Letzte Abrechnung(en)
Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Aktuellen Bescheid
Renten (brutto)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Aktuellen Rentenbescheid
Betriebsrente/ Versorgungsbezüge	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Aktuellen Bescheid
Zinseinkünfte aus Giro, Sparbücher, Wertpapie- ren etc.	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	Bescheinigung der Bank

Erhalten Sie oder Ihre Angehörigen folgende Einnahmen:

Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein
Abfindungen	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein	Taschengeld/kostenloses Wohnrecht (z. B. aus Übergabevertrag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein
Renten (z. B. aus privater Lebensversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein	Unfallrenten (z. B. von einer Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> nein
Unterhaltszahlungen (bei Geschiedenen oder getrennt Lebenden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> € von wem: <input type="text"/> <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 Erhebung von Daten zum Zwecke der Erfüllung von Aufgaben (§ 284 SGB V) beruht konkret auf Art. 5, 6 DSGVO, § 60 SGB I, § 206 SGB V.