

## Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen

Sie zahlen zu bestimmten Leistungen der Krankenversicherung eine gesetzliche Zuzahlung. Ihre Zuzahlungen dürfen Sie aber nicht „unzumutbar belasten“.

Hierfür ist eine Belastungsgrenze geschaffen worden, die von der Höhe Ihres Haushaltseinkommens abhängt. Sie beträgt:

- 2 % der Jahresbruttoeinkünfte
- oder 1 %, wenn Sie oder eine andere zu berücksichtigende Person an einer chronischen Krankheit leiden und wegen dieser Krankheit in Dauerbehandlung sind. **Hierfür benötigen wir von Ihnen einen Nachweis, den Sie bei Ihrem Arzt bekommen können.**
- Wir berücksichtigen dabei die Bruttoeinnahmen der Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und der minderjährigen oder familienversicherten Kinder, die im gemeinsamen Haushalt leben.

Überschreiten die Zuzahlungen (z.B. für Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel oder im Krankenhaus) die ermittelte individuelle Belastungsgrenze, erstatten wir Ihnen den Teil der Zuzahlungen, der oberhalb der Belastungsgrenze liegt.

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig aus und senden Sie diesen zurück. Sie können dazu das Nachrichtenpostfach der Online-Geschäftsstelle oder das Kontaktformular unserer Website benutzen. Ihre Unterschrift ist diesen Fällen nicht notwendig.

Fügen Sie bitte Kopien Ihrer Einkommensunterlagen (aktueller Bescheid zur Hilfe zum Lebensunterhalt, Rentenbescheide, etc.), Zuzahlungsquittungen (Nachweise der geleisteten Zahlungen) bei.

Sofern Sie chronisch krank sein sollten, reichen Sie bitte auch eine ärztliche Bescheinigung hierüber ein. Sofern Sie den ärztlichen Nachweis schon einmal eingereicht haben, ist dies nicht erneut notwendig.

Haben Sie Fragen? Unser Service-Center beantwortet Sie Ihnen gerne.

Freundliche Grüße  
Ihr BKK-Team

Bitte zurück an:

Bertelsmann BKK  
 Carl-Miele-Str. 214  
 33311 Gütersloh

Absender:

Name:

Straße:

Ort:

Versichertennummer:

## Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr

Bitte beantworten Sie sämtliche Fragen und senden uns den Antrag per Online-Geschäftsstelle oder Kontaktformular der Internetseite.

### A) Angaben zu Angehörigen, die im gemeinsamen Haushalt leben

Berücksichtigt werden Ehe-/Lebenspartner sowie Kinder, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind. Voraussetzung ist, dass diese im gemeinsamen Haushalt leben.

Ehe-/Lebenspartner werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in einer vollstationären Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden oder in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen gemäß § 43a SGB XI erbracht werden, leben.

	Vorname Name	Geb.-Datum	Krankenkasse
<b>Mitglied</b>			Bertelsmann BKK
<b>Ehepartner/ Lebenspartner*</b>			
<b>Kind 1</b>			
<b>Kind 2</b>			
<b>Kind 3**</b>			

\*Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

\*\*Haben Sie weitere Kinder, die in Ihrem Haushalt leben, führen Sie diese bitte gesondert auf.

### B) Angaben zu den Einkommensverhältnissen:

Wenn Sie eine der Einnahmearten auf der nächsten Seite mit JA ankreuzen, benötigen wir einen Nachweis der jährlichen Bruttoeinnahmen. Bitte senden Sie uns diesen zusammen mit dem Antrag zu (z. B. Gehaltsnachweise, aktueller Rentenbescheid, Nachweis über Kapitalerträge, Unterhaltszahlungen).

Beziehen Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine der auf der nächsten Seite aufgeführten Sozialleistungen, senden Sie uns bitte den kompletten letzten Bescheid hierüber zu.

**Wichtig: Nur mit allen erforderlichen Nachweisen können wir Ihren Antrag bearbeiten!**

**Einkommensverhältnisse und Angehörige**

**Versichertennummer:**

Einkommen / Einkünfte	Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: <b>Hier immer ankreuzen!</b>	Die Einnahmen werden bezogen vom / von:				
		Mitglied	Ehepartner/ Lebenspartner*	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgergeld (ehem. HARTZ IV)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohn/Gehalt incl. Einmalzahlungen etc. (z.B. Weihnachts-/ Urlaubsgeld)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden, sonstige)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltsgeld*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsrente/ Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Einnahmen Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Sofern Sie Unterhaltszahlungen leisten, mindern diese Ihre Einnahmen. Bitte reichen Sie uns einen Nachweis über die Zahlungen ein.

Wenn meine/unsere Zuzahlungen die Belastungsgrenze nicht erreichen, möchten wir die Differenz überweisen um von den Zuzahlungen befreit zu werden. Bitte teilen Sie mir/uns den Betrag mit.

Änderungen des Einkommens oder der Zahl der im Haushalt lebenden Familienangehörigen werde ich der Bertelsmann BKK unaufgefordert mitteilen. Bei wissentlich falschen Angaben ist die BKK nach dem Sozialgesetzbuch (§ 45 SGB X) verpflichtet, die zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzufordern.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Telefon (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

## Checkliste zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Sehr geehrte Kundin,  
sehr geehrter Kunde,

diese Checkliste soll Ihnen die Antragsstellung erleichtern.  
Haken Sie einfach Punkt für Punkt ab, damit Sie nichts vergessen.

Ich habe den Antrag vollständig ausgefüllt. Jede Frage ist beantwortet.

Für Rückfragen der BKK habe ich meine Telefonnummer angegeben.

Ich habe alle Einkommensnachweise beigelegt.  
(z.B. Rentenbescheid, Gehaltsnachweise, Kapitalerträge,  
sonstige Nachweise)

Ich habe die Zuzahlungsquittungen beigelegt.  
**Achtung: Ist der Name auf allen Quittungen erkennbar?**  
**Quittungen ohne Namen können nicht berücksichtigt werden.**

**Nicht berücksichtigt werden können:**

Privatrezepte, IGEL-Leistungen, Quittungen, die keine gesetzlichen Zuzahlungen enthalten.

Ich habe die Bescheinigung über die chronische Krankheit beigelegt.  
Sofern Sie den Nachweis schon einmal eingereicht haben, ist dies nicht  
erneut notwendig.

### Haben Sie Fragen?

**Sie erreichen uns zu den Servicezeiten:  
Montag – Freitag von 8:00 – 17:00 Uhr  
unter der Telefonnummer 05241 80-74000**