

Antrag auf Erstattung/ Befreiung von Zuzahlungen

Ich beantrage die Erstattung / Befreiung von Zuzahlungsbeträgen für das

Kalenderjahr

--	--	--	--

für mich und ggf. meinen nachstehend aufgeführten Ehegatten/
Lebenspartner* und meine Kinder. Mit Ihnen lebe/lebte ich im
oben genannten Kalenderjahr in einem gemeinsamen Haushalt.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied			
Ehegatte			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			

*Lebenspartner im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Familienstand ledig verheiratet eingetr. Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Ist eine Person chronisch krank? Ja Nein Name der chron. kranken Person

Mit den nachgewiesenen Zuzahlungen wird meine Belastungsgrenze überschritten.
Ich bitte um Überweisung der überzahlten Zuzahlungen auf das unten stehende Konto.

Die geleisteten Zuzahlungen betragen im oben genannten Jahr EUR.

Entsprechende Belege / Quittungshefte sind beigefügt!

Ich möchte meine Belastungsgrenze im Voraus einzahlen.

Der Betrag in Höhe meiner Belastungsgrenze kann von dem folgenden Konto abgebucht werden.

Ich möchte die Belastungsgrenze selbst an die Salus BKK überweisen.

Kontonummer	Bankleitzahl
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Name der Bank	
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	

Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline
0180 2 221322*

Erklärung zu den Familieneinnahmen

Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen des genannten Kalenderjahres, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bei einem Befreiungsantrag im laufenden Kalenderjahr, bitte auch die voraussichtlichen Einnahmen berücksichtigen. Kein Eintrag bedeutet: Keine derartigen Einnahmen. Bei Platzmangel bitte Erläuterungen auf einem neutralen Zusatzbogen oder weitere Vordrucke anfordern.

Zu meinen/unseren Bruttoeinnahmen gehören (Belege sind beigelegt)	Die Einnahmen (bitte Jahresbeträge angeben) werden bezogen vom/von:				
	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen					
Lohn/Gehalt (inkl. Sonderzahlung)					
Selbstständige Tätigkeit					
Geringfügige Beschäftigung					
Renten / Pensionen / u. a.					
Aus der gesetzlichen Rentenversicherung z. B. Erwerbsminderung / Altersrente					
Aus der gesetzlichen Unfallversicherung					
Aus der privaten Lebensversicherung					
Pension / Versorgungsbezüge					
Entgeltersatzleistungen					
Krankengeld					
Arbeitslosengeld I oder II					
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe bzw. Grundsicherungsleistung)					
Erträge					
Pacht- und/oder Mieteinnahmen					
Zinsen aus Kapitalvermögen					
Sonstiges					
Unterhalt, Unterhaltsleistungen					
Einmalige Einnahmen					
Kindergeld					
Sonstiges					

Nur zu beantworten, falls sich der Antrag auf eine Befreiung im laufenden Kalenderjahr bezieht.

- Ich erwarte für das Kalenderjahr keine Einkommensänderung
 Ich erwarte für das genannte Kalenderjahr folgende Einkommensänderungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Kein Eintrag zu den Einnahmen bedeutet: Keine derartigen Einnahmen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefonisch erreichbar tagsüber (freiwillige Angabe)

Datenschutzhinweis § 87 a Abs. 3 SGB X

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der teilweisen Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V).

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Versichertennummer

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

A2 Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60% nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden.

ja nein

Hinweis: Der GdB bzw. die MdE muss zur Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V durch die in Abschnitt B 1 bestätigte Krankheit begründet sein.

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B 1 vorliegt und eines der Merkmale (A 1 bis A 3) vorhanden ist.

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

B1 Die oben genannte Versicherte ist seit dem _____ wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

Hinweis: Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n)

Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich am _____

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter **B 1** genannten Krankheit Erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

ja nein

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01610 BMÄ/E-GO berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt **B 2** vor.

ja nein

Hinweis: Die Feststellung, dass die Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.