

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen

An
R+V BKK
Allgemeine Leistungen
65215 Wiesbaden

Angaben des Mitglieds

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort.: _____

Telefonnummer (freiwillige Angabe): _____

Geburtsdatum: _____ Krankenversicherungsnr.: _____

Familienstand: Ledig Verheiratet Getrennt lebend Verwitwet
 Geschieden seit: _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

1. Für das Kalenderjahr _____ beantrage ich:

Teilweise Erstattung einen Befreiungsausweis Vorausbefreiung

2. Beantragt wird die Belastungsgrenze von 1%, weil aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Krankheit

das Mitglied der Angehörige: _____

seit _____ wegen _____

in Dauerbehandlung ist, bei: _____

Pflegegrad 3,4 oder 5 liegt vor: Nein Ja

Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit mind. 60%: Nein Ja. Ausweis/Bescheid liegt bei.

Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Senkung der Belastungsgrenze auf 1 % erfüllt sind, benötigen wir eine Bescheinigung Ihres Arztes. Sie erhalten diese direkt von Ihrer Arztpraxis.

3. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe:

Nein

Ja, ich bin nach § 264 Abs. 2 SGB V versichert.

Ja, ich erhalte: Arbeitslosengeld II
 Leistungen der Grundsicherung
 Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger von Arbeitslosengeld II oder der Kriegsopferfürsorge
 Hilfe zum Lebensunterhalt:
 nach dem SGB XII (früher Bundessozialhilfegesetz)
 im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid des Sozialhilfeträgers) beilegen. Angaben zu den Bruttoeinnahmen sind nicht erforderlich.

4. Angaben zu Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige (u. a. Ehegatte / familienversicherte Kinder):

	Mitglied	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Gesamtbetrag
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Bruttoeinnahmen* zum Lebensunter- halt kalenderjähr- lich** in EUR / Art d. Einnahmen						
Nachweise (bitte beifügen)						
Versicherungsart						
Krankenkasse (Name u. Sitz)						

Art der Zuzahlungen (in EUR für Mitglied bzw. Angehörige):

Arznei-/ Verbandmittel						
Heil-/Hilfsmittel						
Sonstige (Art):						
Sonstige (Art):						
Sonstige (Art):						

Summe aller Zuzahlungen in EUR: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Als Nachweise sind beigelegt:

_____ Quittungen des Arztes _____ Quittungen der Apotheke _____ Quittungen abg. Stelle/Behandler
 _____ Quittungshefte

Wichtig: Bitte legen Sie den Rechnungen auch immer einen Zahlungsnachweis (Quittung/Kontoauszug) bei.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende Einkommens- / Zuzahlungsnachweise beigelegt.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

* Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt: siehe Anmerkungen auf der Vorderseite.
 ** Bitte die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Kalenderjahr angeben, in dem die Zuzahlungen entstanden sind. Ggf. die Einnahmen gewissenhaft schätzen.

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.