

Bitte senden an:

Absender:

Ihr Zeichen:

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr

Die Datenerhebung beruht auf § 99 Sozialgesetzbuch (SGB X) und erfolgt in Verbindung mit den §§ 60 und 62 Sozialgesetzbuch (SGB I).

Ich möchte meine Belastungsgrenze im Voraus zahlen.

Ich möchte den Restbetrag bis zu meiner Belastungsgrenze im Voraus zahlen.

Ich möchte die Erstattung von zu viel geleisteten Zuzahlungen.

Bitte legen Sie die Nachweise über bereits geleistete Zuzahlungen bei. Sofern Sie eine Rechnung über Zuzahlungen einreichen, benötigen wir einen Zahlungsnachweis (z.B. eine Quittung oder eine Kopie Ihres Kontoauszugs).

Familienstand

ledig, geschieden, verwitwet verheiratet getrennt lebend Kinder, Anzahl

Angaben zum gemeinsamen Haushalt

Ehe-/Lebenspartner/innen (gemäß dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben. Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind.

	Name, Vorname	Geb.-Datum	Krankenkasse	Versichertennummer
Versicherter			DAK-Gesundheit	
Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in gem. LPartG				
Kind				
Kind				

Schwerwiegend chronische Erkrankung

Ich bin schwerwiegend chronisch krank.

Folgender Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank:

Für den/die schwerwiegend chronisch Kranke/-n

besteht seit mindestens einem Jahr Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5

liegt die Teilnahme an einem DMP-Gesundheitsprogramm der DAK-Gesundheit vor.

ist ein Nachweis über die schwerwiegend chronische Erkrankung dem Antrag beigefügt bzw. wird nachgereicht (Bescheinigung Muster 55 erhalten Sie von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt).

Versicherte

KVNR

DSt



Höhe der Bruttoeinnahmen (Jahresbetrag)

Bitte machen Sie vollständige Angaben und legen Sie die **aktuellen Bescheide/Einkommensnachweise in Kopie bei**. Tragen Sie bitte die **Jahres-Bruttobeträge** (z. B. Brutto-Rente, Brutto-Versorgungsbezug) ein.

Art der Einnahmen	Versicherte(r)	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in gem. LPartG	Kind	Kind
Rente / Pension				
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	€	€	€	€
Witwenrente bzw. Hinterbliebenenrente	€	€	€	€
EM-Rentenzuschlag ab 01.07.2024	€	€	€	€
Versorgungsbezüge	€	€	€	€
Ruhegehalt, Betriebsrenten	€	€	€	€
aus der gesetzlichen Unfallversicherung	€	€	€	€
aus privaten Verträgen	€	€	€	€
von ausländischen Versicherungsträgern	€	€	€	€
Arbeitsentgelt				
Gehalt / Lohn	€	€	€	€
geringfügige Beschäftigung	€	€	€	€
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Prämien)	€	€	€	€
Arbeitseinkommen				
aus selbstständiger Tätigkeit	€	€	€	€
Entgeltersatzleistungen				
Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld u.a.	€	€	€	€
Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld	€	€	€	€
Mutterschaftsgeld	€	€	€	€
Arbeitslosengeld I	€	€	€	€
Sozialleistungen				
Bürgergeld, Sozialhilfe/ Hilfe zur Pflege etc.	€	€	€	€
Sonstige Einkünfte				
z. B. Zinserträge, Miet-/Pachteinnahmen, Unterhaltsleistungen, Sachbezüge (z. B. freie Kost und Wohnung)	€	€	€	€

Bankverbindung für Erstattungen

Kontoinhaber/-in (Zahlungsempfänger/-in) - falls abweichend von der Versicherten

IBAN

BIC (nur für Auslandsüberweisungen)

Geldinstitut

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Diese können jederzeit nachgeprüft werden. Sollten sich meine Einkünfte und/oder die meiner Angehörigen ändern, werde ich die DAK-Gesundheit unverzüglich informieren. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht bezogene Leistungen an die DAK-Gesundheit zurückgezahlt werden müssen.

Bitte hier in jedem Fall unterschreiben!

Für Rückfragen bin ich erreichbar ☎

Datum

Unterschrift der Versicherten

Vorwahl/Rufnummer (Angabe ist freiwillig)