

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).

Versicherte(r)	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 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 fügen Sie die Nachweise über bereits geleistete Zuzahlungen anbei. Sofern Sie eine Rechnung über die Zuzahlung einreichen, benötigen wir einen Zahlungsnachweis (z.B. eine Quittung oder eine Kopie des Bankkontoauszugs).

### Angaben zum gemeinsamen Haushalt

Ehe-/Lebenspartner (nach 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
Versicherte(r)			DAK-Gesundheit	
Ehepartner/in				
Lebenspartner/in nach dem LPartG				
Kind				
Kind				

### Schwerwiegend chronische Erkrankung

- Ich bin schwerwiegend chronisch krank.  Folgender Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank:

Für den schwerwiegend chronisch Kranken \_\_\_\_\_

- besteht seit mindestens einem Jahr Pflegebedürftigkeit von Pflegegrad 3, 4 oder 5.
- liegt die Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm der DAK-Gesundheit vor.
- besteht ein Grad der Behinderung/Grad der Schädigungsfolgen von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60% und die Ursache dafür liegt in der chronischen Erkrankung (bitte Bescheid beifügen).
- ist ein Nachweis über die schwerwiegend chronische Erkrankung dem Antrag beigelegt bzw. wird nachgereicht (Bescheinigung Muster 55 erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt).

### Angaben zu den Jahres-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Bitte machen Sie vollständige Angaben und legen 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 + Lebenspartner/in nach dem LPartG	Kind	Kind
<b>Rente / Pension</b>				
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Versorgungsbezüge	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Ruhegehalt, Betriebsrenten	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
aus der gesetzlichen Unfallversicherung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
aus privaten Verträgen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
von ausländischen Versicherungsträgern	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Arbeitsentgelt</b>				
Gehalt / Lohn	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
geringfügige Beschäftigung	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Prämien)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Arbeitseinkommen</b>				
aus selbstständiger Tätigkeit	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
aus Land- und Forstwirtschaft	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Entgeltersatzleistungen</b>				
Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld u.a.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Mutterschaftsgeld	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Arbeitslosengeld I</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Sozialleistungen</b>				
Bürgergeld / ALG II (bis 31.12.2022) (SGB II)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sozialhilfe/Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Kriegsopferfürsorge (BVG)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Sonstige Einkünfte</b>				
z. B. Zinserträge, Miet-/Pachteinnahmen, Unterhaltsleistungen, Sachbezüge (z. B. freie Kost und Wohnung)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

### Angaben zur Zahlungsweise

- Ich werde den mir mitgeteilten Betrag umgehend an die DAK-Gesundheit überweisen.
- Der DAK-Gesundheit liegt bereits ein SEPA-Lastschriftmandat vor. Bitte buchen Sie den Betrag nach schriftlicher Ankündigung ab.
- Den Betrag möchte ich gern abbuchen lassen. Bitte senden Sie mir das Formular zu.

### Bankverbindung für Erstattungen

Kontoinhaber (Zahlungsempfänger) - falls abweichend von der / dem 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 tagsüber erreichbar  
Vorwahl / Rufnummer (Angabe ist freiwillig)

