

Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben während jedes Kalenderjahres Zuzahlungen bis zur persönlichen Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Personen die chronisch erkrankt und wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Für die Prüfung Ihres Antrags benötigen wir

- den Antrag auf Befreiung/Erstattung von den gesetzlichen Zuzahlungen;
- die *Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V (Muster 55)*, falls Sie chronisch krank sind. Auch wenn Sie bereits in der Vergangenheit das Muster 55 eingereicht haben, ist es notwendig, dass in regelmäßigen Abständen eine neue ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird. Diese Bescheinigung erhalten Sie bei Ihrem Arzt.

Ergänzen Sie bitte den Antrag und reichen die Unterlagen anschließend gemeinsam mit allen **Quittungen über gesetzliche Zuzahlungen** zu

- Arznei- und Verbandmitteln,
- Heil und Hilfsmitteln,
- Haushaltshilfe,
- häuslicher Krankenpflege,
- Fahrkosten,
- stationärer Krankenhausbehandlung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

bei uns ein. Gleichzeitig benötigen wir **Kopien Ihrer Einkommensnachweise** aus dem Kalenderjahr, für das Sie den Antrag stellen.

Beachten Sie bitte auch, dass Quittungen über Eigenanteile bei der Versorgung mit Zahnersatz oder Rechnungen über privat gekaufte Arzneimittel nicht berücksichtigt werden dürfen. Diese brauchen Sie deshalb nicht einzureichen. Außerdem dürfen nur solche Zuzahlungsbelege akzeptieren werden, aus denen Ihre Personalien bzw. die Personalien Ihrer Angehörigen hervorgehen.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von **25,00 €**.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Ihre BKK EUREGIO

BKK EUREGIO
Kundenservice 2.1
Postfach 1320
52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen

Name, Vorname									
Versichertennummer									

**falls Versichertennummer nicht vorliegt,
bitte Angabe von:**

Geburtsdatum									
Straße Hausnummer									
PLZ Ort									

**Antrag auf Erstattung / Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen
für das Kalenderjahr**

Mein Familienstand ist

- ledig
 verheiratet
 eingetragene Lebenspartnerschaft
 getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet

Im **gemeinsamen Haushalt** leben mit mir mein nachfolgend genannter Ehegatte bzw. Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und die nachfolgend genannten Kinder:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Ehegatte/ Lebenspartner			
1. Kind			
2. Kind			
3. Kind			
4. Kind			
5. Kind			

- | | |
|--|---|
| 1. Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ich erhalte ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BVG. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld). | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Ich erhalte Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem SGB III. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Ich bin in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht. Die Kosten der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Ohne Bewilligungsbescheid zu einer der unter lfd. Nr. 1. bis 5. aufgeführten Leistungen ist die Bearbeitung meines Antrags nicht möglich. Ich habe den Bescheid (Kopie) beigefügt. ja nein

Im Kalenderjahr wurden die folgenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt erzielt:

Art der Bruttoeinnahme	Antragsteller/ Antragstellerin	Ehegatte/ Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
monatliche Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung 1	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung 2	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung 3	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Versorgungsbezüge / Betriebsrente 1	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Versorgungsbezüge / Betriebsrente 2	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Versorgungsbezüge / Betriebsrente 3	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung	€	€	€	€	€	€	€
monatliche Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz	€	€	€	€	€	€	€
monatliche ausländische Rente / Pension	€	€	€	€	€	€	€
Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						
Einnahmen aus einer Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						
Kapitaleinkünfte (z.B. Zinsen, Dividenden)	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						
Mieteinkünfte	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						
Pachteinkünfte	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						
sonstige Einnahmen (bitte benennen)	<input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr €						

Einkommensnachweise bzw. Rentenbescheide sind (in Kopie) beigelegt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
--	---	---	---	---	---	---	---

Gesetzliche Zuzahlungen sind entstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Als Nachweis der Zuzahlungen sind personenbezogene Originalquittungen beigelegt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

