

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen und Eigenanteilen – Jahr _____

1 Personalien

Name, Vorname und Geburtstag/Versicherungs-Nr. des Mitglieds

2 Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte mein Angehöriger _____ erhält
Name, Vorname und Geburtstag/Vers.-Nr.

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII) im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Arbeitslosengeld II nach dem SGB II
- Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten (Nr. 2) beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

3 Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (u.a. Ehegatte/Kinder)

Name, Vorname	Geburtstag	Wie verwandt?	Wie versichert?	Für die Krankenkasse Befreit:
a)		Ehegatte		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4 Einnahmen zum Lebensunterhalt – brutto – <i>Bitte entsprechende Nachweise (z.B. Rentenbescheide, Arbeitsentgeltnachweise und Zinsbescheinigungen...) beilegen.</i>	Mitglied	Ehegatte	Kinder	
	Monatlich €			
		a)	b)	c)
Arbeitsentgelt aus nichtselbständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)				
Renten (aus gesetzl. oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttobetrag angeben)				
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinahmen				
Einkünfte aus selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>				
sonstige Einkünfte ¹⁾ Bitte Art angeben:				
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.				
Füllt die Krankenkasse aus		← € insgesamt		

¹⁾ Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z.B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt und ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z.B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, Erziehungsgeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Als Anlagen sind beigefügt: _____

Tag _____ Telefon Nr. (freiwillige Angabe) _____ Unterschrift des Versicherten _____

Ertragnisaufstellung/Negativbescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

bei unserem Kreditinstitut für das Jahr _____ Zinsen aus

Girokonto(-konten) _____ €

Sparbuch(-büchern) _____ €

**Sparbriefe(en) und/oder
Sparvertrag(-verträgen)** _____ €

**Erträge von sonstigen Wertpapieren
(z.B. Aktien, Fondsanteile, usw.)** _____ €

Gesamterträge aller Kontoverbindungen _____ €
(sofern Einzelaufstellung nicht möglich)

Keine Zinseinkünfte

erhalten hat.

Höhe des vorliegenden Freistellungsauftrages _____ €

Die Angaben beinhalten alle bei unserer Bank geführte Konten und Depots.

Ort, Datum

Stempel der Bank, Unterschrift

Datenschutzhinweis (§67 a SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund §§ 61 und 62 SGB V zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.