

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen

Versicherte tragen Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze. Dazu zählen Zuzahlungen bei

- Arzt-/Zahnarzt-/Psychotherapiebehandlung ("Praxisgebühr")
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- Krankenhausbehandlung, medizinischen Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen
- Haushaltshilfe, Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege
- Fahrkosten, wenn sie als Leistung der Krankenkasse vorgesehen sind.

Nicht als Zuzahlungen gelten Fahrkosten, die von der Krankenkasse nicht bezahlt werden, über die Vertragsleistungen hinausgehende Aufwendungen (z. B. nicht verordnungsfähige bzw. ausgeschlossene Arzneimittel, Aufwendungen über dem jeweiligen Festbetrag/Vertragspreis) und Eigenanteile (z. B. kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz).

Versicherte leisten Zuzahlungen während eines Kalenderjahres nur bis zur Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt* (für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind 1 % - für alle Angehörigen des Familienhaushalts). Bei der Berechnung werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehegatte einschl. Lebenspartner, familienversicherte Kinder) jeweils zusammengerechnet. Bei bestimmten Personen, zum Beispiel Bezieher von Hilfe bzw. Leistungen zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung (u. a. SGB II bzw. XII oder Bundesversorgungsgesetz), bei Heimunterbringung auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge oder bei Versicherten, die keine bzw. niedrige Einnahmen haben, ist der Regelsatz des Haushaltsvorstands bzw. die Regelleistung maßgebend.

Die jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten werden 2008 vermindert für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 4.473,00 €; der Freibetrag für jedes Kind beträgt 3.648,00 € (bei allein Erziehenden gilt für das erste Kind der höhere Betrag). Wird die Belastungsgrenze bereits während des Kalenderjahres erreicht, ist eine Befreiung für den Rest des Jahres möglich, die Krankenkasse stellt einen sog. "Befreiungsausweis" aus.

Bitte beantworten Sie die auf Seite 2 gestellten Fragen und legen Sie entsprechende Nachweise bei (z. B. Quittungen, Belege). Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

* Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören u. a. Lohn und Gehalt einschl. Sonderzahlungen sowie Sachbezüge (die vom Arbeitgeber gewährt werden, sofern der Wert in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der Sachbezüge angeben, z. B. freie Kost und/oder Wohnung), Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, die Bruttobeträge von Betriebsrenten, Versorgungsbezügen und Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung, Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung. Nicht zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BAföG, Blindenunterstützung, Erziehungsgeld, Kindergeld, Wohngeld, Pflegegeld SGB XI. 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 Jahres-Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden. – Bitte entsprechende Nachweise beilegen.

zurück an: BKK EWE, Postfach 1420, 26004 Oldenburg

Antrag auf teilweise Erstattung Befreiungsausweis

Name;Vorname des Mitglieds

Geburtstag/Vers.-Nr.

Familienstand

Straße, PLZ Wohnort

Telefon-Nr. (freiw. Angabe)

- Für das abgelaufene Kalenderjahr _____ den Teilzeitraum vom _____ bis _____, beantrage ich einen Befreiungsausweis für den Rest des Kalenderjahres ja nein
- Beantragt wird die Belastungsgrenze von 1 %, weil wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit das Mitglied der Angehörige _____ seit _____ wegen _____ in Dauerbehandlung ist bei _____, Pflegestufe II oder III liegt vor nein ja Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit mind. 60 % nein ja, Ausweis/Bescheid liegt bei.
- 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 der Sozialhilfe 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
Vorname						
Geb.-Tag						
Bruttoeinnahmen* zum Lebensunterhalt kalenderjährlich** in € / Art der Einnahmen						
als Nachweise liegen bei						
wie versichert bei (Name, Sitz der Krankenkasse)						
Art der Zuzahlungen	in € für Mitglied bzw. Angehörige					
Praxisgebühr						
Arznei-/Verbandmittel						
Heil-/Hilfsmittel						
Sonstige (Art)						
(Art)						
(Art)						
					Summe:	
Bankverbindung	Konto-Nr.:		BLZ:		Geldinstitut:	
Als Nachweise sind beigefügt	___ Quittungen des Arztes	___ Quittungen der Apotheke	___ Quittungen abg. Stelle/Behandler	___ Quittungshefte		

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

Datum, Unterschrift des Versicherten _____

* 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.