

Daimler BKK

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen

Im Kalenderjahr

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend seit _____ geschieden seit _____ verwitwet

Ich, mein nachstehend genannter Ehe-/Lebenspartner* und die genannten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:	<input type="checkbox"/> Daimler BKK <input type="checkbox"/> Fremdkasse Name:
Versichertennummer						
Betriebsrente inkl. Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Rente/Pension u.a. gesetzlich, privat, ausländisch o.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Arbeitsentgelt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Abfindungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Erträge Pacht-/Mieteinnahmen, Zinsen aus Kapitalvermögen u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Entgeltersatzleistungen Krankengeld, Verletztengeld und/oder Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeits- losengeld II u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						

Daimler BKK

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen

Im Kalenderjahr

	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Sonstige Sozialhilfe, Unterhalt, sonstige Einkünfte, Grundversicherungsleistungen, Sachbezüge** u.a.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitraum von-bis oder ab						
Jahresbrutto in EUR						

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

** Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z. B. freie Kost und/oder Wohnung).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe aktuelle Einkommensnachweise aller oben aufgeführten Personen beigefügt.

Hinweis: Die Vorlage des Rentenbescheides der gesetzlichen Rente bzw. der Betriebs- oder Zusatzrente entfällt für Versicherte **unserer Daimler BKK**. Nur wenn Ihr Ehepartner oder Angehöriger bei einer anderen Krankenkasse versichert ist, benötigen wir Nachweise über deren Renteneinkünfte.

Angaben zu chronischen Erkrankungen:

Ich habe die ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der chronischen Erkrankung beigefügt.

Der Nachweis ist nicht erforderlich, weil bei mir Pflegegrad 3 oder höher vorliegt seit _____

Bei Rückfragen erreichen Sie mich/uns unter folgender Telefonnummer: _____

Bankverbindung IBAN [] BIC [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber (Name, Vorname), falls vom Antragsteller abweichend _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Hinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.

Welche Zuzahlungen und Eigenanteile berücksichtigen wir?

Wichtig: Für die Berechnung der individuellen Belastungsgrenze werden ausschließlich Originalquittungen/ Originalrechnungen der Leistungserbringer (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser etc.) berücksichtigt.

Bei der Berechnung Ihrer Belastungsgrenze berücksichtigen wir gern die Originalquittungen Ihrer Zuzahlungen über folgende Leistungen:

- Arznei- und Verbandmittel
- Krankenhausbehandlung
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Heil- und Hilfsmittel, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation
- Stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen
- Fahrkosten, i. d. R. bei stationärer Behandlung und Rettungsfahrten
- Ambulante Soziotherapie

Bei allen Zuzahlungsbelegen (besonders bei einzelnen Apothekenquittungen) dürfen wir nur Nachweise berücksichtigen, aus denen

- der Vor- und Nachname,
- die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel)
- der Zuzahlungsbetrag und
- das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. durch einen Stempel der Apotheke)

hervorgehen.

- Bei Sammelbelegen ist neben der Artikelbezeichnung die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben.

Nicht berücksichtigungsfähig sind z. B. folgende Kosten:

- Arzneimittel mit Überschreitung des Festbetrages
- Rezeptfrei erworbene Arzneimittel
- Auf Privatrezept erworbene Arzneimittel
- Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung, soweit diese nicht genehmigt wurden
- Zuzahlungen bei Kuren anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger)
- Kosten für privatärztliche Leistungen
- Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen)