

Gut zu wissen: Wir verarbeiten Ihre Daten zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die Daten werden für 6 Jahre gespeichert und anschließend wieder gelöscht.

BARMER

Absender

BARMER
42266 Wuppertal

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr - Vorauszahlungsantrag

Familienstand bzw. Wohnsituation

Ich bin ledig getrennt/geschieden verheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft
 Ehepartner/in oder eingetragene Lebenspartner/in lebt im Pflegeheim verwitwet

Familienangehörige im gemeinsamen Haushalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Dieser Wert wird um Freibeträge für Kinder und für Verheiratete bzw. eingetragene Lebenspartner/innen gemindert.

Angehörige sind:

- Verheiratete
- Eingetragene Lebenspartner/innen
- Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder auch über das 18. Lebensjahr hinaus, wenn sie gesetzlich familienversichert sind
- Kinder bis zum 25. Geburtstag, wenn sie Bürgergeld bekommen und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

Leben im Jahr Angehörige mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?

Nein.

Ja, bei mir leben folgende Angehörige:

Das Familienmitglied ist Vorname Name

geboren am

Name und Ort der Krankenkasse

BARMER

mein/e Ehe-
Lebenspartner/in _____

mein Kind _____

mein Kind _____

Name

Ihr Zeichen

Zuzahlungsgrenze: Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den jährlichen Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind und ob sie in einem Pflegeheim leben. Zudem ist das Brutto maßgebend (Rechtsgrundlage: § 62 Sozialgesetzbuch V).

Wer hat welche Einnahmen? Bitte Nachweise in Kopie beilegen. Ausnahme: Siehe Hinweis unter Renten.			
	Ich selbst	Mein/e Ehepartner/in oder eingetragene/r Lebenspartner/in	Mein/e Kind/er
Renten und Pensionen			
*Für diese drei Rentenarten liegen uns die Daten vor. Ein Nachweis ist nur für Angehörige, die woanders versichert sind, erforderlich.			
Altersrente *			
Bitte den aktuellsten Bescheid beilegen			
Erwerbsminderungsrente *			
Hinterbliebenenrente *			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruststandsgeld			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung Bitte die Höhe der Rente und den Beginn der Auszahlung angeben			
Unfallrente Bitte den aktuellsten Bescheid und den ersten Bewilligungsbescheid mit Angaben zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beifügen			
Sozialleistungen			
Bürgergeld oder Grundsicherung			
Sozialhilfe			
Hilfe zur Pflege bei Heimunterbringung			
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen			
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
Entgeltersatzleistungen			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Elterngeld, Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
Sonstiges			
Miet- oder Pachteinnahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen			
sonstige Einnahmen			

Name

Ihr Zeichen

Chronisch krank

Damit Sie durch Zuzahlungen finanziell nicht unzumutbar belastet werden, müssen Sie pro Jahr nicht mehr als zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen Ihrer Familie zuzahlen. Bei einer schwerwiegend chronischen Erkrankung nur bis zu einem Prozent.

Sind Sie oder ein Familienangehöriger im gemeinsamen Haushalt schwerwiegend chronisch krank und deswegen seit mindestens einem Jahr in ärztlicher Behandlung?

- Nein.
- Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:
 - Die Voraussetzungen wurden bereits in einem früheren Antrag nachgewiesen.
 - Einer von uns nimmt am Besser-Leben-Programm der BARMER teil.
 - Seit mindestens einem Jahr liegt eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor.
 - Die ärztliche Bescheinigung Muster 55 über die Dauerbehandlung wegen einer chronischen Erkrankung ist beigelegt. - Das Muster 55 bekommen Sie ausschließlich bei Ihrem Arzt.

Angaben zur Zahlungsweise

- Ich möchte meine Vorauszahlung überweisen. Teilen Sie mir dafür die Höhe meiner Zuzahlungsgrenze mit.
- Bitte buchen Sie meine Zuzahlungsgrenze ab.

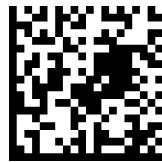
Ihre Kontaktdaten bei Fragen

Telefonnummer

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Änderungen teile ich der BARMER unverzüglich mit.

Datum / Unterschrift (Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die BARMER speichert diese für 36 Monate nach letzmaliger Verwendung des Mandats und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom Ihr Zeichen

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **BARMER**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE91ZZZ0000008807**
Mandatsreferenz (zu finden im Kontoauszug zur Abbuchung)

Ich ermächtige die BARMER, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BARMER auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Deutsche IBAN

Ausländische IBAN (falls von dieser IBAN abgebucht werden soll)

Ausländische IBAN (falls von dieser IBAN abgebucht werden soll)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungspflichtige(r) voneinander abweichen, bitte vollständigen Namen und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers im Feld "Vermerke" eintragen.
Die/der Zahlungspflichtige hat die Kontoinhaberin/den Kontoinhaber über die Höhe und Fälligkeitstermine der Zahlungen zu informieren.

Vermerke:

Datum der Unterschrift

Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)