

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

---

