



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Versichertennummer _____

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 Grundsicherung bzw. 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

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Versichertennummer

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 Vorruhestandsgeld			
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 Pachteinahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen			
sonstige Einnahmen			

Name

Versichertennummer

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)



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Versichertennummer _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **BARMER**
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE91ZZZ00000008807**
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.

D E _____
Deutsche IBAN

Ausländische IBAN (falls von dieser IBAN abgebucht werden soll)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Sind kontoführende und zahlungspflichtige Person nicht identisch? Dann benötigen wir zusätzlich noch Vorname, Name und Anschrift der kontoführenden Person:

Name und Anschrift der kontoführenden Person

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Ich möchte sonstige Angaben mitteilen:

Datum der Unterschrift

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

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.