

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre 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.

BARMER



Absender

BARMER
73520 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für _____ – Vorauszahlungsantrag

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 Ehepartner gemindert.

Angehörige sind:

- Ehepartner
- Eingetragene Lebenspartner
- 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 ALG II bekommen und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

Leben im Jahr _____ Angehörige mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?

Nein.

Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:

Meine Angaben aus meinem Antrag _____ sind weiterhin gültig.

Bei mir leben _____ folgende Angehörige:

Der Familienangehörige ist	Vorname Name	geboren am	Name und Ort der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> mein Ehepartner	_____	_____	BARMER
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> mein Kind	_____	_____	_____

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Ihre Einnahmen werden mit den Einnahmen Ihrer im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen zusammengerechnet. Bitte geben Sie die monatlichen Brutto-Einnahmen an:

Eine der folgenden Aussagen trifft zu:

Ich bzw. wir sind Rentner. Meine Angaben aus _____ sind unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rentenerhöhung weiterhin gültig. – Einkommensnachweise nicht erforderlich

Meine bzw. unsere Familien-Brutto-Einnahmen _____ betragen monatlich:

	von Ihnen	Ehepartner	Kinder: ____ (Anzahl angeben)
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen	monatlich in €	monatlich in €	monatlich in €
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen, z. B. Urlaubsgeld oder Weihnachtsgeld			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
Renten und Pensionen			
Altersrente			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Erwerbsminderungsrente			
Hinterbliebenenrente			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung			
Unfallrente			
Ausländische Rente			
Entgeltersatzleistungen			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
Sonstiges			
Arbeitslosengeld II			
Sozialhilfe			
Miet- oder Pachteinnahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich			
sonstige Einkünfte			

Bitte legen Sie alle Einkommensnachweise in Kopie bei.

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. Die Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat) füge ich diesem Antrag ausgefüllt und unterzeichnet bei.

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)
