

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  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

## Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen für \_\_\_\_\_



Sie können Ihre Erstattung von Zuzahlungen auch online beantragen. Unseren Online Service und weitere wichtige Infos finden Sie hier: [www.barmer.de/zuzahlungsbefreiung](http://www.barmer.de/zuzahlungsbefreiung)

## 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 BARMER
<input type="checkbox"/> mein Ehepartner	_____	_____	_____
<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)
<b>Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen</b>	monatlich in €	monatlich in €	monatlich in €
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen, z. B. Urlaubsgeld oder Weihnachtsgeld			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
<b>Renten und Pensionen</b>			
Altersrente			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Erwerbsminderungsrente			
Hinterbliebenenrente			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung			
Unfallrente			
Ausländische Rente			
<b>Entgeltersatzleistungen</b>			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
<b>Sonstiges</b>			
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.

## Zuzahlungen

Was sind Zuzahlungen?	Was wird nicht berücksichtigt?
Arzneimittel	Selbst gekaufte Medikamente, blaue oder grüne Rezepte
Fahrten z. B. zur Dialyse oder stationären Krankenhausbehandlung, Rettungstransport	Fahrten, die nicht ärztlich verordnet werden können
Heilmittel, z. B. Krankengymnastik	selbst finanzierte Gesundheitsleistungen, z. B. Glaukom-Vorsorge oder PSA -Test
Hilfsmittel, z. B. Rollstühle oder Schuheinlagen	Wenn Sie eine höherwertige Versorgung, z. B. bei Schuheinlagen oder bei Inkontinenz wünschen, zahlen Sie einen Teil selbst
Häusliche Krankenpflege	Eigenanteile für Leistungen der Pflegeversicherung
Haushaltshilfe	Kosten für Zahnersatz oder Brille
Krankenhaus	Kurmaßnahmen, die von der Rentenversicherung bezahlt werden
Soziotherapie	
Reha, wenn von der BARMER bezahlt	

Legen Sie die Nachweise über die Zuzahlung einfach dem Antrag bei. Wir können Ihren Antrag schneller für Sie bearbeiten, wenn Sie die folgenden drei Punkte beherzigen. Schon jetzt Danke dafür!

1. Ihre Zuzahlungsnachweise müssen Vorname und Name enthalten.
2. Bitte legen Sie Ihre Zuzahlungsnachweise auch dann bei, wenn eine Zuzahlung direkt an die BARMER bezahlt wurde.
3. Sammelaufstellung statt Einzelnachweise – ein super Service der Apotheken

