

An
R+V Betriebskrankenkasse
65215 Wiesbaden



Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen

Angaben des Mitglieds

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Wohnort: _____
Telefonnummer (freiwillige Angabe): _____
Geburtsdatum: _____ Krankenversicherungsnr.: _____

Familienstand:

- Ledig Verheiratet Getrennt lebend Verwitwet Geschieden, seit _____
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

1. Für das Kalenderjahr _____ beantrage ich:

- Teilweise Erstattung einen Befreiungsausweis Vorausbefreiung

2. Beantragt wird die Belastungsgrenze von 1%, weil aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Krankheit:

- das Mitglied der Angehörige: _____
seit _____ wegen _____
in Dauerbehandlung ist, bei: _____

Pflegegrad 3, 4 oder 5 liegt vor: Nein Ja

Grad der Behinderung/Minderung der Erwerbsfähigkeit mind. 60%: Nein Ja. Ausweis/Bescheid liegt bei.

Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für die Senkung der Belastungsgrenze auf 1 % erfüllt sind, benötigen wir eine Bescheinigung Ihres Arztes. Sie erhalten diese direkt von Ihrer Arztpraxis.

3. Angaben zum Bezug von Sozialleistungen:

Bitte Zutreffendes ankreuzen und eine Kopie des **Bewilligungsbescheides beifügen**.
Weitere Angaben zu den Bruttoeinnahmen sind nicht erforderlich.

Ich erhalte/mein Angehöriger erhält

- Bürgergeld (Arbeitslosengeld II)
 Hilfe oder Leistungen zum Lebensunterhalt
 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Unterbringung in einem Heim auf Kosten eines Sozialhilfeträgers oder der Sozialen Entschädigung

Angaben zu Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen:

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige (u. a. Ehegatte/familienversicherte Kinder):

	Mitglied	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind	Gesamt- betrag
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Bruttoeinnahmen* zum Lebensunterhalt kalenderjährlich** in EUR/ Art d. Einnahmen						
Nachweise (bitte beifügen)						
Versicherungsart						
Krankenkasse (Name und Sitz)						

Art der Zuzahlungen (in EUR für Mitglied bzw. Angehörige):

	Mitglied	Ehegatte	1. Kind	2. Kind	3. Kind	Gesamt- betrag
Arznei-/Verbandmittel						
Heil-/Hilfsmittel						
Sonstige (Art)						
Sonstige (Art)						
Sonstige (Art)						
Summe aller Zuzahlungen in EUR:						

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____ IBAN: _____

Als Nachweise sind beigefügt:

- Quittungen des Arztes
 Quittungen der Apotheke
 Quittungen abg. Stelle/Behandler
 Quittungshefte Wichtig: Bitte legen Sie den Rechnungen auch immer einen Zahlungs- nachweis (Quittung/
 Kontoauszug) bei. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende
 Einkommens-/Zuzahlungsnachweise beigefügt.

Ort/Datum

Unterschrift

* Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt: siehe Anmerkungen auf der Vorderseite.

** Bitte die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Kalenderjahr angeben, in dem die Zuzahlungen entstanden sind. Ggf. die Einnahmen gewissenhaft schätzen.

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.