



## Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_

### VORAUSZAHLUNG

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer

#### Ich beantrage

eine Befreiung für das folgende Kalenderjahr

eine Befreiung für das restliche Kalenderjahr

**Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner\* und die aufgeführten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.**

	Mitglied	Ehegatte/ Lebens- partner*	Kind	Kind	Kind
<b>Name</b>					
<b>Vorname</b>					
<b>Geburtsdatum</b>					
<b>Krankenkasse</b> (Name, Sitz)	Audi BKK				
	<input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> Heimbewohner			

\*Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

#### Familienstand

ledig    verheiratet    getrennt lebend    geschieden seit \_\_\_\_\_    verwitwet

Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer \_\_\_\_\_ zu erreichen. (Angabe freiwillig)

#### Bankverbindung

Bitte geben Sie das Bankkonto an, auf das ggf. ein Erstattungsbetrag überwiesen soll.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Kontoinhaber (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben und die der Seiten 2 und 3. Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt. Des Weiteren bestätige ich, dass es sich bei den beigelegten Zuzahlungsbelegen/-rechnungen um Originale handelt, die vollständig beglichen wurden und einer der vorgenannten Personen zuzuordnen sind.

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen der Verhältnisse unverzüglich der Audi BKK mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

#### Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO)

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz)



## Erklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Jahresbetrag in Euro

Einkunftsart <small>(unbedingt entsprechende Einkommensbelege beifügen)</small>	Mitglied	Ehegatte/ Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind
<b>Arbeitsentgelt</b> > Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Einmalzahlungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Sachbezüge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Arbeitseinkommen</b> > Selbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Renten</b> > gesetzliche Renten/ Pensionen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(bei Unfallrenten unbedingt den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit angeben _____%)</small> > private Renten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Betriebsrenten/                      Versorgungsbezüge</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Erträge</b> > aus Vermietung/ Verpachtung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(Zinsen, Dividenden)</small>					
<b>Entgeltersatzleistungen</b> > Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Krankengeld/ Mutterschaftsgeld/ Verletztengeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Zuschuss zur Entgeltersatzleistung vom Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Sonstige Entgelt- ersatzleistungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Sonstiges</b> > Elterngeld/ Familiengeld <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Grundsicherungs- leistung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Unterhalt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Sonstige Einnahmen _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

Stand: Dezember 2018

\*Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes



**Bitte ergänzen, sofern Sie oder Ihre oben genannten Angehörigen in einem Heim leben**

Die Kosten für die Heimunterbringung werden

- ganz oder teilweise vom Sozialamt übernommen (bitte Kopie des Bescheids einfügen)
- von mir/einem Dritten ganz oder teilweise mitfinanziert in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die Rücksendung von eingereichten Originalunterlagen ist nicht möglich.

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO)**

Die Erhebung der Daten beruht sich auf § 62 SGB V und ist zur Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen erforderlich. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter [www.audibkk.de/datenschutz](http://www.audibkk.de/datenschutz)