



Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr _____

Name, Vorname

Krankenversicherungsnummer

Ich beantrage

eine Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen

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
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Krankenkasse (Name, Sitz)	Audi BKK				
	<input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> Heimbewohner			
Zuzahlungen (Bitte Zuzahlungsbelege im Original beifügen)					

*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 beifügt. Des Weiteren bestätige ich, dass es sich bei den beigefügten 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 beruft 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



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
Arbeitsentgelt > 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					
Arbeitseinkommen > Selbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein > Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Renten > 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					
Betriebsrenten/ Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Erträge > 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>					
Entgeltersatzleistungen > 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					
Sonstiges > 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