

KVNR:

## Antrag auf Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Im gemeinsamen Haushalt lebend	<input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Heimbewohner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse (Name, Sitz)					
bisher geleistete Zuzahlungen	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Über folgende <b>Einnahmen zum Lebensunterhalt</b> (monatlicher Bruttobetrag) verfüge ich bzw. meine Angehörigen (siehe auch anliegendes Informationsblatt) <b>Kopien der Einkommensnachweise</b> sind erforderlich					
Lohn/Gehalt (incl. Sonderzahlungen, Sachbezüge etc.)					
Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit					
Arbeitslosengeld					
Renten aus gesetzlicher oder privater Versicherung					
Sozialhilfe/Grundsicherung/Arbeitslosengeld II					
Betriebsrenten/Versorgungsbezüge					
Sonstiges (z.B. Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen), aus Vermietung/Verpachtung, Unterhaltszahlungen etc.)					

\* Lebenspartner im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Angabe zu **Chronischen Erkrankungen** für \_\_\_\_\_:

- Ich habe die ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der chronischen Erkrankung beigelegt.
- Die ärztliche Bescheinigung liegt der hkk bereits vor. Es ist seitdem keine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse eingetreten.
- Ich nehme an dem DMP-Programm der hkk teil.
- Bei mir liegt Pflegegrad 3 oder höher vor.

**Bankverbindung:** IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe die **Einkommensnachweise** in Kopie und die **Zuzahlungsquittungen** beigelegt.

Bitte beachten Sie: **Es können nur Zuzahlungsquittungen anerkannt werden, die namentlich für Sie oder einen Ihrer Angehörigen ausgestellt sind.**

\_\_\_\_\_  
Telefon Datum Unterschrift

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [www.hkk.de/datenschutz](http://www.hkk.de/datenschutz).

## Informationen zur Befreiung von Zuzahlungen oberhalb der Belastungsgrenze

Grundsätzlich haben Versicherte zu einigen Leistungen **gesetzliche Zuzahlungen** zu entrichten. Von der Zuzahlungspflicht können sich Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen teilweise befreien lassen. Dies gilt für:

- Arznei, Verband- und Heilmittel
- Hilfsmittel
- Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenkasse
- Haushaltshilfe
- Krankenhausbehandlung (bitte **Zahlungsnachweis** beifügen)
- Häusliche Krankenpflege
- Fahrkosten zur stationären Behandlung, bei Einsatz eines Kranken- oder Rettungswagens, zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse
- Soziotherapie

Hinweis: Versicherte unter 18 Jahren müssen nur bei Fahrkosten Zuzahlungen leisten.

Eine Befreiung von der Zuzahlung ist möglich, wenn der Gesamtbetrag aller Zuzahlungen im Laufe eines Kalenderjahres eine als zumutbar angesehene Belastungsgrenze übersteigt.

Die Belastungsgrenze beträgt für Versicherte und ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden **chronischen Erkrankung** in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze in der Regel 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Bescheinigung hierüber erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt.

Für die Berechnung der Belastungsgrenze werden die **Jahresbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt** aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen zusammengerechnet. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Lohn und Gehalt, einschließlich Sonderzahlungen oder Sachbezüge,
- Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit,
- Arbeitslosengeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen),
- Renten aus gesetzlichen oder privaten Versicherungen,
- Betriebsrenten / Versorgungsbezüge,
- Entgeltersatzleistungen (u. a. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld),
- Einkünfte aus Kapitalvermögen, Zinsen,
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung,
- Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben.

Bitte reichen Sie Kopien Ihrer Einkommensnachweise (z.B. Rentenbescheid, Gehaltsabrechnung, Grundsicherungsbescheid, letzter Einkommensteuerbescheid) mit ein.

Für Versicherte, die u. a. laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes erhalten, ist stets der festgelegte Regelsatz (Regelleistung) nach dem Sozialgesetzbuch II bzw. XII **als Mindesteinnahme** für die Berechnung der Belastungsgrenze für die gesamte Familie durch die Krankenkasse anzusetzen. In diesen Fällen genügt die Vorlage des Leistungsbescheides.

Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sind um die Minderungsbeträge für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen zu kürzen. Sie betragen im Jahr

	<b>2017</b>	<b>2018</b>
für den Ehegatten/Lebenspartner (Im Sinne des Lebenspartnergesetzes)	5.355,00 EUR	5.481,00 EUR
und für jedes familienversicherte Kind	7.356,00 EUR	7.428,00 EUR

In dieser Information wurden Gesetzestexte allgemeinverständlich formuliert. Rechtsverbindlich ist die Satzung der hkk und das Sozialgesetzbuch V in der jeweils gültigen Fassung.