

energie·BKK

Antrag auf teilweise Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr: _____ Erstattung

energie-BKK
30134 Hannover

Versichertennummer

Name

Bitte beachten Sie die Ausfüllhilfe!

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
KVNR				
Versichertenverhältnis				
Krankenkasse	<input type="radio"/> energie-BKK <input type="radio"/> Fremdkasse Name:			
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Einnahmen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Einnahmearten	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige
Summe sonstige Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr				
Chronische Erkrankung(en)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Liegt ein Pflegegrad von 3 – 5 vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

* Hierzu zählen auch eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Sind weitere Angehörige dem Familienverbund zuzuordnen, die auf Seite 1 nicht genannt wurden? Ja Nein

energie·BKK

	Kind	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
KVNR				
Versichertenverhältnis				
Krankenkasse	<input type="radio"/> energie-BKK <input type="radio"/> Fremdkasse Name:			
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Einnahmen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Einnahmearten	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige	<input type="radio"/> Bürgergeld <input type="radio"/> Rente <input type="radio"/> Betriebsrente <input type="radio"/> Sonstige
Summe <u>sonstige</u> Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr				
Chronische Erkrankung(en)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Liegt ein Pflegegrad von 3 – 5 vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen meiner Einnahmen oder meines Versicherungsverhältnisses werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen.

Bankverbindung

IBAN

Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

E-Mail Adresse (*)

Telefonnummer (*)

YHM7959987

Datenschutz- hinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 EU-DSGVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Ihre freiwilligen Angaben werden von uns gespeichert und ausschließlich für den obengenannten Zweck verwendet. Nähere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite www.energie-bkk.de/Datenverarbeitung oder in unseren Service-Centern

energie·BKK

Name, Vorname des Versicherten

Geb. Datum

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) (ICD 10)

ICD 10-Code

ICD 10-Code

ICD 10-Code

Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten
Erkrankung ist seit _____ (TT,MM,YYYY) erforderlich
und weiterhin

- Ja , Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
- Ja , voraussichtlich bis _____ (MM/JJ)
- nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Muster 55(10.2016)

Hinweise zum Ausfüllen des Antrages

Wir möchten Sie vorab zur Ausfüllung des Antrages kurz informieren. Es ist wichtig, dass alle Unterlagen (Antrag, Einkommensunterlagen bei Zins oder Mieteinnahmen und ggf. die Bescheinigung einer chronischen Erkrankung) zusammen eingereicht werden.

Seite 1

1. Angabe zu Personen im Haushalt

Für die Berechnung der individuellen Belastungsgrenze werden alle Familienangehörige hinzugezogen, die mit Ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Angehörige sind:

- Ihr Ehepartner/-in,
- Eingetragener Lebenspartner oder Lebenspartnerin nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz,
- Kinder bis Ende des Kalenderjahres, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, können nur berücksichtigt werden, wenn sie familienversichert sind.

2. Angabe zur Krankenkasse

Sollte Ihr Ehepartner oder/und Ihr/e Kind/er bei einer anderen Krankenkasse versicherter sein, ist das Feld „Fremdkasse“ anzukreuzen und die Krankenkasse zu benennen.

3. Angabe zu Einnahmearten

Bitte kreuzen Sie hier die für Sie zutreffende(n) Einnahmeart(en) an. Einkommensunterlagen sind bei Beziehern von Bürgergeld, Renteneinnahmen oder Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) nicht mehr einzureichen. Sofern Ihr Ehepartner oder/und Ihr/e Kind/er bei einer anderen Krankenkasse versichert sein sollten, benötigen wir eine Kopie aller Einkommensnachweise (Rentenbescheid, Versorgungsbezug etc.). Sollten wir im Ausnahmefall einen weiteren Nachweis benötigen, erhalten Sie eine gesonderte Mitteilung von uns. Unter der Einnahmeart „sonstige“ können z. B. Unfallrenten, Mieteinnahmen, Unterhalt oder Zinseinnahmen fallen. Hier bitten wir Sie in der unteren Zeile den Brutto-Jahresbetrag zu nennen und uns die Belege in Kopie beizufügen.

4. Angaben zur Prüfung einer chronischen Erkrankung

Die weiteren Angaben werden zur Prüfung einer chronischen Erkrankung abgefragt. Diese Informationen werden benötigt, um den Berechnungssatz (1% oder 2%) zur Berechnung Ihrer persönlichen Belastungsgrenze zu ermitteln.

Chronische Erkrankung

Haben Sie uns die Bescheinigung einer chronischen Erkrankung (Muster 55) bisher noch nicht eingereicht, bitten wir Sie diese bei Ihrem Behandler anzufordern. Liegt jedoch ein anderer Nachweis durch DMP-Teilnahme, GdB > 60%, ein Pflegegrad von mind. 3 vor oder haben Sie uns das Formular bereits eingereicht, ist der Nachweis durch das Muster 55 nicht zu erbringen.

DMP-Teilnehmer

Bei Teilnahme an einem DMP-Programm bitten wir Sie dies anzugeben.

Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von über 60

Sollten bei Ihnen wie oben benannt eine Schwerbehinderung vorliegen, bitten wir Sie dies zu kennzeichnen. Sollten Sie uns den Bescheid oder den Ausweis noch nicht eingereicht haben, bitten wir Sie uns diese Unterlagen in Kopie nachzureichen.

Pflegegrad von 3 bis 5

Liegt bei Ihnen mindestens der Pflegegrad 3 vor, bitten wir Sie dies anzugeben.

Seite 2

Sollten der Platz auf Seite 1 nicht ausreichen, nutzen Sie gerne die weiteren Spalten auf Seite 2.

Teilen Sie uns bitte auch Ihre aktuelle Bankverbindung mit, bevor Sie den Antrag unterschrieben zusenden.