

Bitte zurück an:

BKK VICTORIA-D.A.S.
Postfach 10 15 36
40006 Düsseldorf



VICTORIA



Was Sie uns wichtig sind ...

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen (Blatt 1)

Ich beantrage die Befreiung von Zuzahlungen

| | | |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Name, Vorname des Versicherten | KV-Nummer | Familienstand |
| Anschrift | Telefonnummer | |
| Geldinstitut | Kontonummer | |
| Kontoinhaber | Bankleitzahl | |

Meine / unsere Zuzahlungen haben

- im abgelaufenen Kalenderjahr _____ € betragen.
Entsprechende Belege sind beigefügt.
- im laufenden Kalenderjahr schon _____ € betragen.
Entsprechende Belege sind beigefügt.
- Bitte berechnen Sie meine persönliche Belastungsgrenze. Ich möchte diesen Betrag im Voraus zahlen, damit Sie mich für das laufende Jahr von den Zuzahlungen befreien können.
- Ich befinde mich seit über einem Jahr wegen chronischer Erkrankungen in ärztlicher Behandlung. Eine entsprechende Bescheinigung ist beigefügt / liegt Ihnen bereits vor.

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte und die aufgeführten familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

| | Name, Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse |
|----------|---------------|--------------|--------------|
| Mitglied | | | |
| Ehegatte | | | |
| Kind 1 | | | |
| Kind 2 | | | |
| Kind 3 | | | |
| | | | |
| | | | |

- Bitte weiter auf Blatt 2 -

Datenschutzhinweis (67 a Abs. 3 SGB X)

Zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der vollständigen bzw. teilweisen Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§§ 61 und 62 SGB V). Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

**Erklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen
(Blatt 2)**

| |
|--------------------------------|
| Name, Vorname des Versicherten |
| KV-Nummer |

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

| Zu meinen/unseren Bruttoeinnahmen gehören (Belege sind beigelegt): | Die Einnahmen werden bezogen vom/von: | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------|--------|--------|--------|
| Einkunftsart | Versicherten | Ehegatten | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 |
| Arbeitseinkommen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Selbständige Tätigkeit | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Land- und Forstwirtschaft | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Arbeitsentgelt | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt (inkl. Sonderzahlungen) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Renten/Pensionen/u.ä. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> aus der gesetzl. Rentenversicherung (z. B. Altersrente, Erwerbsminderungsrente) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> aus der gesetzl. Unfallversicherung | | | | | |
| <input type="checkbox"/> aus privater Lebensversicherung | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ruhegehalt (z. B. Pension) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Erträge | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pacht- und/oder Mieteinnahmen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Zinsen aus Kapitalvermögen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Entgeltersatzleistungen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Sonstiges | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt, Unterhaltsleistungen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | |

Ich versichere die Richtigkeit der auf Blatt 1 und 2 gemachten Angaben. Sie sind jederzeit nachprüfbar. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der zuständigen Krankenkasse mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis (67 a Abs. 3 SGB X)

Zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der vollständigen bzw. teilweisen Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§§ 61 und 62 SGB V). Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Information:

Herabstufung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen

Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, können wir unter bestimmten Bedingungen teilweise von den Zuzahlungen befreien.

Voraussetzungen sind, dass eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt und bereits Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet wurden.

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet, d.h. mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit nachweisen kann.

Außerdem muss eine der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3
- Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent (bitte Kopie Schwerbehindertenausweis und Bescheid des Versorgungsamtes, mit der Angabe der anerkannten Erkrankung, beifügen)
- Kontinuierliche medizinische Versorgung notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der durch die Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Bitte lassen Sie die Dauerbehandlung auf der beigefügten Bescheinigung vom behandelnden Arzt bestätigen.

Im Anschluss werden wir prüfen, ob die notwendigen Voraussetzungen für die Herabstufung der Belastungsgrenze erfüllt sind. Das Ergebnis werden wir Ihnen dann umgehend mitteilen.

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!

| | | |
|--------------------------------|--------------|--------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Geburtsdatum | Versichertennummer |
|--------------------------------|--------------|--------------------|

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor

ja nein

A2 Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden.

ja nein

Hinweis: Der GdB bzw. die MdE muss zur Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V durch die in Abschnitt B 1 bestätigte Krankheit begründet sein.

Hinweis: Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B 1 vorliegt und eines der Merkmale (A 1 bis A 3) vorhanden ist.

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

B1 Die/Der oben genannte Versicherte ist seit dem _____ wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

Hinweis: Eine "Dauerbehandlung" liegt vor, wenn die/der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Dauerdiagnose(n)

Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich am _____

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter **B 1** genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

ja nein

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 01610 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernis gemäß Abschnitt **B 2** vor

ja nein

Hinweis: Die Feststellung, dass die/der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen.