

Antrag Erstattung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| Vorname Antragssteller | Geburtsdatum |
| Nachname Antragssteller | Kundennummer |
| Straße Hausnummer | Bankverbindung IBAN |
| PLZ Ort | BIC |

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter: *(freiwillige Angaben)*

Telefon / Mobil: _____ E-Mail: _____

Ich habe bereits für das Vorjahr einen Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen gestellt. Meine Angaben und die meines Familienhaushaltes sind seitdem unverändert.

ja nein

ja = Fügen Sie bitte die aktuellen Einkommensnachweise bei und unterschreiben auf Seite 3.

nein = Füllen Sie bitte den vollständigen Antrag aus.

Ich bin alleinstehend verheiratet geschieden verwitwet

Ich bin chronisch krank.

Mein Angehöriger _____ ist chronisch krank.

Als chronisch krank zählen Sie oder Ihr Angehöriger, weil Folgendes seit mindestens einem Jahr vorliegt (bitte Nachweis beifügen, falls uns dieser noch nicht vorliegt):

Schwerbehinderung (mind. 60 % GdB)

DMP-Teilnahme

Schwerwiegende chronische Erkrankung (Muster 55)

Pflegegrad 3, 4 oder 5

Trifft eine folgende Angabe auf Sie oder einen Angehörigen zu, schicken Sie uns bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides. Mehr Einkommensnachweise brauchen Sie dann nicht einreichen.

Unterbringung in einem **Heim** und die Kosten werden über die Sozialhilfe getragen

Bezug von **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem SGB XII

Bezug von **Grundsicherung** im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

Bezug von Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem SGB II
(Bürgergeld / Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung)

Zur Einkommensermittlung Ihres Jahres-Bruttoeinkommens des gesamten Haushaltes finden Sie auf der nächsten Seite eine tabellarische Auflistung.

Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus und fügen entsprechende Einkommensnachweise in Kopie bei.

Mit mir (Kundennummer: _____) wohnen folgende Personen in einem gemeinsamen Haushalt:

| | Mitglied | Ehegatte | Kind | Kind | Kind |
|--------------|--|--|--|--|--|
| Name | | | | | |
| Vorname | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |
| Krankenkasse | BAHN-BKK | | | | |
| Einkünfte | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Falls Einkünfte vorhanden sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen an und vermerken Sie den jährlichen Bruttobetrag.

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Lohn/Gehalt (inkl. Einmalzahlung) | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Gesetzliche Rente (z.B. Alters-, Witten-) | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Weitere Renten (Betriebs- / Zusatz-) | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Vermietung / Verpachtung | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Kapitaleinkünfte (Zinsen, Dividenden) | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Leistungen der Agentur für Arbeit | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Einkünfte aus Unterhaltszahlungen | <input type="checkbox"/> _____ € |
| Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld) | <input type="checkbox"/> _____ € |



Ich möchte Neuigkeiten zuerst erfahren.

- Bitte informieren Sie mich über Neues bei der BAHN-BKK per Telefon, E-Mail oder SMS. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Erklärung: Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der BAHN-BKK sofort mitteilen. Mir ist bekannt, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Nachforderung führen können.

Bemerkungen:

Datenschutzhinweis

Die Angaben sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Prüfung des Antrags auf die Erstattung von Zuzahlungen erforderlich (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, § 62 SGB V). Zusätzlich bitten wir um die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse, um Fragen im Zusammenhang mit Ihrem Antrag zu klären und die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen zu erleichtern. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 2246 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.

Name:

Vorname:

Kundennummer:

Bitte unterschreiben Sie Ihren Antrag auf die Erstattung von Zuzahlungen. Vielen Dank.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

ggf. Unterschrift gesetzlichen Vertreters

Bitte schicken Sie uns Ihren unterschriebenen Antrag zu per

- BAHN-BKK App
- E-Mail über www.bahn-bkk.de/kontakt
- Post an BAHN-BKK, PostCenter, 48123 Münster