



zurück an: BKK ZF & Partner, Postfach 11 80, 88001 Friedrichshafen

Antrag auf  teilweise Erstattung  Befreiungsausweis

Name; Vorname des Mitglieds

Geburtstag/Vers.-Nr.

Familienstand

Straße, PLZ Wohnort

Telefon-Nr. (frei w. Angabe)

- Für das abgelaufene Kalenderjahr \_\_\_\_\_ den Teilzeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, beantrage ich einen Befreiungsausweis für den Rest des Kalenderjahres  ja  nein
- Beantragt wird die Belastungsgrenze von 1 %, weil wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit  das Mitglied  der Angehörige \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_ in Dauerbehandlung ist bei \_\_\_\_\_, Pflegestufe II oder III liegt vor  nein  ja Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit mind. 60 %  nein  ja, Ausweis/Bescheid liegt bei.
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe  nein  ja, ich bin nach § 264 Abs. 2 SGB V versichert ja, ich erhalte  Arbeitslosengeld II  Leistungen der Grundsicherung  Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger von Arbeitslosengeld II oder der Kriegsopferfürsorge Hilfe zum Lebensunterhalt:  nach dem SGB XII (früher Bundessozialhilfegesetz)  im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid des Sozialhilfeträgers) beilegen (Angaben zu den Bruttoeinnahmen sind nicht erforderlich).

4. Angaben zu Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige (u. a. Ehegatte/familienversicherte Kinder):

	Mitglied	Ehegatte	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Gesamtbetrag
Name						
Vorname						
Geb.-Tag						
Bruttoeinnahmen* zum Lebensunterhalt kalenderjährlich** in € / Art der Einnahmen						
als Nachweise liegen bei						
wie versichert bei (Name, Sitz der Krankenkasse)						
Art der Zuzahlungen	in € für Mitglied bzw. Angehörige					
Praxisgebühr (bis 31.12.2012)						
Arznei-/Verbandmittel						
Heil-/Hilfsmittel						
Sonstige (Art)						
(Art)						
					<b>Summe:</b>	
Bankverbindung	IBAN.:		BIC:		Geldinstitut:	
Als Nachweise sind beigefügt	___ Quittungen des Arztes	___ Quittungen der Apotheke	___ Quittungen abg. Stelle/Behandler	___ Quittungshefte		

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und habe entsprechende Einkommens-/Zuzahlungsnachweise beigefügt:

Datum, Unterschrift des Versicherten

\* Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt: siehe Anmerkungen auf der Vorderseite.

\*\* Bitte die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Kalenderjahr angeben, in dem die Zuzahlungen entstanden sind; ggf. die Einnahmen gewissenhaft schätzen.