

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2021

Name:

Vorname:

Versicherungsnummer:

ich bin ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Aufstellung über alle Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Antragsteller, familienversicherte Kinder, Ehegatte / Partner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz) und ihre Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Bitte Zuzahlungs-/Einkommensnachweise beifügen

Name, Vorname, Versichert bei	Art der Einnahmen*	Bruttobetrag im Jahr 2021 (laufende und einmalige Einnahmen)	€
_____	_____	_____	€
_____	_____	_____	€
_____	_____	_____	€
_____	_____	_____	€

*Bitte alle Einnahmen angeben, z.B. Rente, Arbeitsentgelt, Arbeitslosengeld, Unterhaltsleistungen, Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung und **Nachweise beilegen**.

Von mir und meinen Angehörigen wurden im Jahr 2021 Zuzahlungen von insgesamt _____ € gezahlt

**Die Belege über die geleisteten Zuzahlungen liegen im Original bei.
Kontonummer für den Fall der Erstattung:**

IBAN: _____ BIC: _____

Bitte Nachweise beifügen

Falls zutreffend, bitte ankreuzen

Ich beziehe

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch.
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Ich lebe in einem Alten/Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung (Träger: Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge)
- Ich bin bzw. ein Angehöriger meines Haushalts ist wegen derselben schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung.
- Eine ärztliche Bescheinigung füge ich bei. Bescheinigung aus dem Vorjahr liegt der SECURVITA Krankenkasse vor.

Die Erhebung der persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung der Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich. Die gesetzliche Grundlage bilden die §§ 284 und 206 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) sowie die §§ 94 und 50 SGB XI in Verbindung mit § 21 SGB X.

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.
Sollten sich meine Einkünfte und/oder die meiner Angehörigen ändern, werde ich die SECURVITA BKK informieren.**

bitte hier in jedem Fall unterschreiben

_____ Datum - Unterschrift der /des Versicherten