

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, krankenversichert bei	Art der Einnahmen*	Bruttobetrag im genannten Jahr (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 im oben genannten Jahr insgesamt gezahlte Zuzahlungen:

_____ €

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

IBAN: _____ BIC: _____

Bitte Nachweise beifügen

Falls zutreffend, bitte ankreuzen

- Ich beziehe Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch.
- Ich beziehe ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz.
- Ich beziehe 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. Die Bescheinigung des Vorjahres 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 Krankenkasse informieren.**

Bitte hier in jedem Fall unterschreiben

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar

Datum - Unterschrift der/des Versicherten

Vorwahl/Rufnummer (Angabe ist freiwillig)

Gehaltsanfrage an den Arbeitgeber

Versicherter:

Versichertennummer:

Sofern Sie bereits im laufenden Kalenderjahr den Antrag auf Befreiung stellen, benötigen wir zusätzlich folgende Angaben:

Das gleichbleibende monatliche Bruttoarbeitsentgelt beträgt: _____ Euro
(Sollte das Arbeitsentgelt schwanken, bitte mit angeben)

Grund der Schwankung (z.B. Akkordlohn, Stundenlohn)

Das Bruttourlaubsentgelt beträgt: _____ Euro

Das Bruttoweihnachtsentgelt beträgt: _____ Euro

Es können keine Angaben gemacht werden, bitte ankreuzen.

Stempel und Unterschrift vom Arbeitgeber

Infoblatt: 16

Teilweise Befreiung von Zuzahlungen – Belastungsgrenzen 2017

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass jeder gesetzlich Krankenversicherte bei allen Leistungen der Krankenkasse einen Teil der Kosten selbst übernehmen muss¹. Es gibt gesetzliche Regelungen zur teilweisen Befreiung von Zuzahlungen. So werden Sie vor unzumutbaren Belastungen geschützt.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren müssen Zuzahlungen nur bei Fahrkosten, Kieferorthopädie und Zahnersatz leisten.

Belastungsgrenzen

Die Eigenbelastung der Versicherten über 18 Jahren und ihren Familien oder eingetragenen Lebenspartnerschaften ist bei Zuzahlungen auf höchstens 2 Prozent der jährlichen Brutto-Einnahmen begrenzt.

Übersteigen die gesetzlichen Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 2 Prozent, bescheinigt Ihnen die SECURVITA Krankenkasse auf Antrag, dass Sie für das übrige Kalenderjahr von Zuzahlungen befreit sind.

Zum Familien- bzw. Lebenspartnerschaftseinkommen zählen die Einkünfte Ihrer Partnerin bzw. Ihres Partners sowie die Einkünfte der im Haushalt lebenden, mitversicherten Kinder. Das Einkommen wird bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Familien und Lebenspartnerschaften um folgende Familienabschläge vermindert:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ■ für die Partnerin oder den Partner | 5.355 Euro |
| ■ für jedes im Haushalt lebende Kind | 7.356 Euro |

Beispiel 1

Ihr Jahreseinkommen beträgt 30.000 Euro, das Ihres Ehepartners 20.000 Euro. Ihre drei Kinder leben im gemeinsamen Haushalt und haben kein eigenes Einkommen. Ihr gesamtes Familien-Bruttoeinkommen beträgt also 50.000 Euro und Ihr Freibetrag damit insgesamt 27.423 Euro (5.355 Euro für den Ehepartner und jeweils 7.356 Euro für die drei Kinder). Die Jahresbelastungsgrenze Ihrer fünfköpfigen Familie liegt somit bei 451,54 Euro (= 2 Prozent von 22.577 Euro).

Beispiel 2

Sie sind alleinstehend und haben ein Jahreseinkommen von 25.000 Euro. Ihre Belastungsgrenze liegt bei 500 Euro (= 2 Prozent von 25.000 Euro).

¹ Genaueres finden Sie in unserem Infoblatt Nr. 20 „Zuzahlungen und Eigenanteile“, das Sie bei uns anfordern oder sich unter www.securvita.de herunterladen können.

Beispiel 3

Sie beziehen Sozialhilfe bzw. Arbeitslosengeld II (ALG II). Daraufhin wird nur Ihr Regelsatz – zur Berechnung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft – zugrunde gelegt. Der Regelsatz beträgt in diesem Fall ab dem 01.01.2017 monatlich 409 Euro.

Chronische Erkrankungen

Im Fall einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung vermindert sich Ihre Belastungsgrenze für Zuzahlungen von 2 Prozent auf 1 Prozent der jährlichen Brutto-Einnahmen.

Nach der Definition des Gesetzgebers gilt als schwerwiegend chronisch krank, wer sich seit mindestens einem Jahr wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und dies durch einen Arztbesuch pro Quartal nachweisen kann. Außerdem muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 nach Kapitel 2, SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor. Im Bescheid zum GdB bzw. MdE muss als Begründung die chronische Erkrankung aufgeführt sein.
- Der Kranke benötigt eine kontinuierliche, medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist, verursacht durch die von derselben Erkrankung ausgelöste Gesundheitsstörung.

Hierüber legen Sie uns bitte eine Bescheinigung Ihres behandelnden Arztes oder Ihres Facharztes vor.

Antragstellung

Den Antrag auf teilweise Befreiung können Sie jederzeit nach Erreichen Ihrer individuellen Belastungsgrenze an die SECURVITA Krankenkasse stellen. Sollten Sie bereits mehr Zuzahlungen geleistet haben als gesetzlich vorgesehen, erstatten wir Ihnen diese Beträge.

Ist Ihr Ehe- oder Lebenspartner bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert, kann der Antrag auf teilweise Befreiung sowohl bei uns als auch bei der anderen Kasse gestellt werden. Die von Ihrer Familie/Lebenspartnerschaft angesprochene Kasse ermittelt die Erstattungsbeträge beider Kassen mit Wirkung für die andere Kasse und bestätigt, dass Ihre Familie oder Lebenspartnerschaft für das weitere Kalenderjahr von Zuzahlungen befreit ist. Den Erstattungsbetrag der anderen Kasse müssen Sie selbst mit diesem Bescheid anfordern.

Nachweis der Zahlungen

Zum Nachweis, dass Sie die Belastungsgrenze für Zuzahlungen erreicht haben, ist es unbedingt notwendig die entsprechenden Belege zu sammeln.

Besondere Regelungen für Zahnersatz

Für Zahnersatz gelten gesonderte Regelungen. Gezahlte Eigenanteile für Zahnersatz werden bei der Berechnung der Belastungsgrenze für gesetzliche Zuzahlungen nicht berücksichtigt. Bei Bedarf schicken wir Ihnen gerne die entsprechenden Informationen und Antragsunterlagen zur vollständigen Kostenübernahme der Regelversorgung zu.

Kontakt:

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

24-Stunden-Service-Hotline:
0800 / 14 14 300 (bundesweit gebührenfrei)
Aus dem Ausland: +49 / 40 / 33 47-7
Fax: 040 / 33 47-90 00
E-Mail: mail@securvita-bkk.de
www.securvita.de