

Sichern Sie sich Ihre Befreiungskarte

Als Ihre Verbündeten in Sachen Gesundheit möchten wir Sie jederzeit bestmöglich unterstützen – auch, wenn es darum geht, Sie vor finanzieller Überforderung zu schützen. Genau dabei hilft die sogenannte "Befreiungskarte". Wir möchten Ihnen helfen, dass Sie rechtzeitig vor dem Jahreswechsel eine neue Befreiungskarte für das kommende Jahr bekommen.

So profitieren Sie davon

Sie erhalten von uns eine Befreiungskarte, wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschritten – oder eine Vorauszahlung in der entsprechenden Höhe geleistet – haben. Damit können Sie Arzneimittel, die Krankenhausbehandlung und viele weitere Leistungen ohne umständliche Barzahlung in Anspruch nehmen.

Was ist zu tun?

Geben Sie uns den beiliegenden vereinfachten „**Antrag auf Befreiung**“ mit den Einkommensnachweisen für das laufende Jahr zurück. Wir ermitteln dann die Höhe Ihrer Vorauszahlung.

Ihr Vorteil: Sie sparen sich das Sammeln, Aufbewahren und Einreichen von Quittungen.

Belastungsgrenze – was bedeutet das?

Die Zuzahlungen, die Versicherte pro Kalenderjahr leisten müssen, dürfen zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Bei Menschen, die wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt diese Grenze bei einem Prozent der Bruttoeinkommen. Falls die Voraussetzungen für eine chronische Krankheit erfüllt sind, dann wird Ihnen dies Ihr Arzt bestätigen. Bitte fordern Sie bei Ihrem Arzt die „Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung (Muster 55)“ ein.

Wie leisten Sie Ihren Vorauszahlungsbetrag an die BKK VerbundPlus?

Auch hierfür gibt es eine unbürokratische und einfache Lösung: Zusammen mit dem Antrag auf Befreiung erteilen Sie uns gleichzeitig den Auftrag, diesen Zuzahlungsbetrag von Ihrem Konto abzubuchen. Somit sparen Sie sich das Ausfüllen des Überweisungsträgers und den Weg zu Ihrer Bank. Hierzu benötigen wir unbedingt Ihre Bankverbindung! Selbstverständlich gilt dieser Einzugsauftrag nur einmalig und ausschließlich für die festgelegte Belastungsgrenze.

Bitte achten Sie darauf, alle notwendigen Angaben auszufüllen und den Antrag sowie den Einzugsauftrag zu unterschreiben.

Checkliste

(zum Antrag auf Prüfung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen)

Habe ich nichts vergessen?

- Antrag:** komplett ausgefüllt und **unterschrieben**?

Tipp: Sind die Versicherten in Ihrer Familie bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert, ist der Antrag für die gesamte Familie nur bei einer Krankenkasse zu stellen.

- Bescheinigung einer schwerwiegenden **chronischen Erkrankung (gemäß Muster 55)**, falls zutreffend, ist vom Arzt auszufüllen

- Einkommensnachweise**

- Aktuelle Gehaltsbescheinigung inklusive Nachweis aller Einmalzahlungen
- Aktueller Rentenanpassungsbescheid (nur von Angehörigen, die bei einer anderen Krankenkasse versichert sind)
- Aktueller Betriebsrentenbescheid (nur von Angehörigen, die bei einer anderen Krankenkasse versichert sind)
- Zinsnachweise
- Mieteinnahmen
- Pachteinnahmen
- Sonstiges:

- SEPA-Mandat** (zur Abbuchung der Vorauszahlung des Zuzahlungsbetrages), falls gewünscht)

- Bankdaten vollständig ausgefüllt?
- Dokument **unterschrieben**?

Wichtig: Sollte Ihr Konto nicht ausreichend gedeckt sein und die Abbuchung kann deswegen nicht durchgeführt werden, müssen wir Ihnen zusätzliche Gebühren in Rechnung stellen. Sollten Sie sich über die Deckung Ihres Kontos nicht sicher sein, empfehlen wir Ihnen, das SEPA-Mandat nicht auszufüllen. In diesem Fall werden Sie von uns über die Höhe Ihrer Belastungsgrenze informiert und können die Vorauszahlung des Zuzahlungsbeitrags in dementsprechender Höhe überweisen, sobald Ihr Konto ausreichend gedeckt ist.



Name, Vorname _____

KV Nr _____

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet getrennt lebend

Sind weitere Angehörige dem Familienverbund zuzuordnen, die bisher nicht genannt wurden? Ja Nein

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr _____ (bitte Jahresangabe eintragen)
 für mich und die in meinem Haushalt lebenden – nachfolgend aufgeführten – Angehörigen.

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	<input checked="" type="checkbox"/> BKK VerbundPlus	<input type="checkbox"/> BKK VerbundPlus <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse _____	<input type="checkbox"/> BKK VerbundPlus <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse _____
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einnahmeart(en)	<input type="checkbox"/> Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung <input type="checkbox"/> Renten der Deutschen Rentenversicherung (z.B. wg. Alter, Tod, Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge, Betriebsrenten (zzgl. Sonderzahlungen) <input type="checkbox"/> Sonstiges
Summe Bruttoeinnahmen in € im Kalenderjahr	_____ €	_____ €	_____ €
Chronische Erkrankung(en)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Teilnehmer am Behandlungsprogramm DMP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Pflegegrad von mindestens 3 vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Hierzu zählen eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnergesetz!

