KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Bei Rückfragen/Schriftwechsel bitte unbedingt angeben!

Name, Vorname der/des Versicherten:

Geburtstdatum der/des Versicherten:

Wohnung:

Antrag

auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr _____

KNAPPSCHAFT
Fachteam Befreiungen
45095 Essen

Bitte teilen Sie uns mit, welche der folgenden Einkommensarten Sie beziehen/bezogen haben – anzugeben sind **alle Einkünfte,** die Sie und gegebenenfalls Ihr Ehepartner/in und Ihre Kinder beziehen. **Wir bitten Sie, die Einkommensnachweise/ Anpassungsmitteilungen vollständig in Kopie beizufügen, hierdurch vermeiden Sie Rückfragen.**

Zur teilweisen Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen benötigen wir alle Ihnen vorliegenden Zuzahlungsbelege aus dem Antragsjahr. Bitte beachten Sie, dass Erstattungen ausschließlich aufgrund von Quittungen bzw. **Rechnungen mit entsprechenden Zahlungsnachweisen** erfolgen können.

	Versicherte/r	**Ehepartner/in**	**monatlicher Bruttobetrag**
Renten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	◉ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Renten anderer in- oder ausländischer Versicherungsträger	◉ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Versorgungsbezüge oder Betriebsrenten	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Unfallrenten bzw. Renten nach dem BVG (Bitte fügen Sie bei Unfallrenten zusätzlich Nachweise über die Höhe der anerkannten Erwerbsminderung bei.)	○ ja ◉ nein	○ ja ○ nein	
Falls ja: Grad der MdE	%	%	
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/aus Vermietung und Verpachtung	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Lohn/Gehalt aus einem Beschäftigungsverhältnis	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Einkünfte aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (sogenannte Minijobs)	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	
Sonstige Einkünfte - Zutreffendes bitte markieren. (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Anpassungsgeld, BAFöG, Krankengeld, Leistungen zur Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe, Unterhaltszahlungen, Zinseinkünfte)	○ ja ○ nein	○ ja ○ nein	

Im gemeinsamen Haushalt leben außerdem folgende Angehörige (Ehepartner/in oder Kinder):	**Beziehen diese eigenes Einkommen?**	**monatlicher Bruttobetrag**
Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenkasse des Ehepartners	○ ja ○ nein	
Name, Vorname, Geburtsdatum	○ ja ○ nein	
Name, Vorname, Geburtsdatum	○ ja ○ nein	
Name, Vorname, Geburtsdatum	○ ja ○ nein	

YRCMO22002 14401.02 10. 21 –ZQSM – 0 – 1972

Bitte tragen Sie die Zuzahlungen in die Tabelle ein und fügen die Quittungen in der gleichen Reihenfolge bei. Dann können wir Ihren Anspruch schneller berechnen.

Damit alles reibungslos läuft, übersenden Sie uns bitte nur Quittungen und Zuzahlungsrechnungen mit Zahlungsnachweis oder Kontoauszug. Unbezahlte Rechnungen, Kosten für Arzneimittel ohne Rezept oder Privatrezepte können wir nicht berücksichtigen, diese fügen Sie bitte nicht bei.

Belegnummer	**Datum der Quittung**	**Art der Zuzahlung (Arznei, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus, etc.)**	**Zuzahlungsbetrag Euro**	**Cent**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
		Gesamtsumme aller Zuzahlungen		

Ich bitte um Überweisung auf ☐ mein Konto ☐ ein anderes Konto

Kontoinhaber/in: _____

IBAN (International Bank Account Number) DE | BIC (Bank Identifier Code)

Datum, Unterschrift

Meine Telefonnummer für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bewusst, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss. Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und § 99 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

10. 21 – ZQSM – 0 – 1972
14401.02
YRCMO22002