

BKK SBH
 Postfach 1124
 78635 Trossingen

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 2020

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 SBH	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse	<input type="checkbox"/> BKK SBH <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"/> Arbeitslosengeld II, 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"/> Arbeitslosengeld II, 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"/> Arbeitslosengeld II, 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
Schwerbehinderten- ausweis 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!

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2020

Bitte vollständig ausfüllen! Nichtzutreffendes bitte streichen

	Kind	Kind	Kind
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
KVNR			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse <hr/>	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse <hr/>	<input type="checkbox"/> BKK SBH <input type="checkbox"/> Name andere Krankenkasse <hr/>
Lebt noch im gemeinsamen Haushalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/> Arbeitslosengeld II, 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"/> Arbeitslosengeld II, 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"/> Arbeitslosengeld II, 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 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 GdB 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

Sonstige Einnahmen

Ich/wir verfüge(n) über weitere oder andere, in der Tabelle nicht genannten Einnahmen (z.B. Miet- und Pachteinnahmen, Zinsertrag aus Kapitalvermögen, Unterhaltsleistungen, ausländische Renten, Unfallrenten).

Ja, Nachweise sind beigelegt

Nein

Ich/wir versichere/versichern, dass die gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Wenn sich die hier gemachten Angaben ändern, werde(n) ich/wir die BKK SBH unverzüglich darüber unterrichten. Zu Unrecht bezogene Leistungen zahle ich zurück.

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzl. Vertreters/Bevollmächtigten

Hinweis der Krankenkasse:

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Grundlagen hierfür sind die §§ 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 60 SGB I und § 21 SGB X.

Mit der Unterschrift stimmt die/der Versicherte der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.