

Befreiungsantrag

Name, Vorname	Versicherungs-Nr.
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Familienstand
IBAN	BIC

In meinem Haushalt leben folgende Angehörige:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Versicherungs-Nr.

- Die entsprechenden Nachweise über die im Jahr _____ geleisteten Zuzahlungen sind im Original beigelegt.
- Meine von Ihnen ermittelte Belastungsgrenze möchte ich in einer Summe einzahlen, um für den Rest des Jahres von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit zu sein.
- Ich bzw. einer meiner vorgenannten Familienangehörigen ist „chronisch krank“ im Sinne des § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
Entsprechende ärztliche Bescheinigungen sind dem Antrag beigelegt.
- Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wurden auf dem Folgeblatt eingetragen und mit den entsprechenden Kopien eingereicht.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Merck BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.merck-bkk.de/datenschutz/.

Angaben zu Kontaktdaten (Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen Ihrer Versicherungs- und Leistungsanfragen verwendet.

Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen des Jahres _____, mit denen der Lebensunterhalt bestritten wird. Bei Platzmangel bitte Erläuterungen auf einem neutralen Zusatzbogen angeben.

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören:	Die Einnahmen werden bezogen vom / von: (Bitte Einkommensnachweise beifügen)			
Einkunftsart	Versicherten	Ehegatten	Kind	monatlicher Bruttobetrag
Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen				
Lohn / Gehalt (incl. Sonderzahlung, z.B. Weihnachtsgeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Renten / Pensionen / u.a.				
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
von ausländischen Trägern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
aus der privaten Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Betriebsrenten /Pension / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Entgeltersatzleistungen				
Arbeitslosengeld-/hilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe bzw. Grundsicherungsleistung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erträge				
Pacht- und /oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges				
Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einmalige 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	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ich erwarte für das Jahr _____ keine Einkommensänderung

Ich erwarte für das Jahr _____ folgende Einkommensänderung: _____

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefon (tagsüber)