



**BKK PFAFF**  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Telefon: 0631 31876-0  
Telefax: 0631 31876-99  
info@bkk-pfaff.de

BKK PFAFF  
Postfach 11 20  
67601 Kaiserslautern

### Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen und Eigenanteilen (ggf. Befreiung bis zum Ende des Kalenderjahres)

Name, Vorname des Mitglieds		
Anschrift		
Geburtstag	Vers.-Nr.	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)
Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft

für das abgelaufene Kalenderjahr \_\_\_\_\_

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

das Mitglied  der Angehörige \_\_\_\_\_ ist seit \_\_\_\_\_

wegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in Dauerbehandlung bei \_\_\_\_\_

Es liegt eine Schwerbehinderung vor

ja (Kopie Schwerbehindertenausweis beifügen)

nein

## Einkommensverhältnisse und Zuzahlungen

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich erhalte zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vom Sozialhilfeträger oder Hilfe zum Lebensunterhalt der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).
- Ich erhalte voll oder teilweise die Kosten der Unterbringung in einem Senioren- oder Pflegeheim o. ä. von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge.

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige	Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt kalenderjährlich*		Krankenkasse
	€	Einkommensart	
1 Mitglied			
2 Ehegatte/Vorname			
3 Kind/Vorname			
4 Kind/Vorname			
5 Kind/Vorname			

Berücksichtigt werden nur personalisierte Belege/Quittungshefte für gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen nach § 61 SGB V.

Nicht zu berücksichtigen sind Zuzahlungen zu Zahnersatz, sowie Aufwendungen die für Mittel entstehen, deren Versorgung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (bspw. Privatrezepte).

**Entsprechende Belege sind beizufügen (Quittungen im Original, \*Verdienstbescheinigung(en), Rentenbescheid(e), Bescheide über Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeldbescheide, Steuerbescheid(e), Bescheid(e) über die Erträge aus Miete, Pacht Zinsen, usw.)**

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angabe. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitteilen muss! Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Bitte den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto überweisen:

Kreditinstitut (Name)	IBAN
-----------------------	------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen und Eigenanteilen nach § 62 SGB V notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 284 Absatz 1 Nr. 4 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X verpflichtet sind.