

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

# BARMER



**Absender**

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

## Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr – Vorauszahlungsantrag

### Familienangehörige im gemeinsamen Haushalt

Die Zuzahlungsgrenze wird aus den Einnahmen aller Angehörigen Ihres Haushalts berechnet, unabhängig davon, wo sie versichert sind, und ob sie in einem Pflegeheim leben. Dieser Wert wird um Freibeträge für Kinder und Ehepartner gemindert.

Angehörige sind:

- Ehepartner
- Eingetragene Lebenspartner
- Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder auch über das 18. Lebensjahr hinaus, wenn sie gesetzlich familienversichert sind
- Kinder bis zum 25. Geburtstag, wenn sie Bürgergeld bekommen und zur selben Bedarfsgemeinschaft gehören wie Sie

Leben im Jahr Angehörige mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt?

Nein.

Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:

Meine Angaben aus meinem Antrag sind weiterhin gültig.

Bei mir leben folgende Angehörige:

Der Familienangehörige ist Vorname Name geboren am Name und Ort der Krankenkasse

mein Ehepartner

mein Kind

mein Kind

BARMER

### Wie ist Ihre Wohnsituation?

ledig  verheiratet  Ehepartner im Pflegeheim  getrennt/geschieden  verwitwet

Name

Ihr Zeichen

**Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt**

Ihre Einnahmen werden mit den Einnahmen Ihrer im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen zusammengerechnet. Bitte geben Sie die monatlichen Brutto-Einnahmen an:

Eine der folgenden Aussagen trifft zu:

- Ich bzw. wir sind Rentner. Meine Angaben aus \_\_\_\_\_ sind unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rentenerhöhung weiterhin gültig. – Einkommensnachweise nicht erforderlich
- Meine bzw. unsere Familien-Brutto-Einnahmen \_\_\_\_\_ betragen monatlich:

	von Ihnen	Ehepartner	Kinder: ____ (Anzahl angeben)
<b>Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen</b>	monatlich in €	monatlich in €	monatlich in €
Lohn, Gehalt			
Einmalzahlungen, z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung			
Geringfügige Beschäftigung			
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit gemäß Steuerbescheid			
<b>Renten und Pensionen</b>			
Altersrente			
Betriebsrente, Versorgungsbezüge oder Vorruhestandsgeld			
Erwerbsminderungsrente			
Hinterbliebenenrente			
Pension			
Rente aus privater Lebensversicherung			
Unfallrente			
Ausländische Rente			
<b>Entgeltersatzleistungen</b>			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld, Übergangsgeld oder Verletztengeld			
Kurzarbeiter- oder Insolvenzgeld			
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss			
Unterhaltsgeld			
<b>Sonstiges</b>			
Bürgergeld			
Sozialhilfe			
Miet- oder Pachteinahmen			
Unterhalt			
Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich			
sonstige Einnahmen			

Bitte legen Sie alle Einkommensnachweise in Kopie bei.

Name

Ihr Zeichen

### Chronisch krank

Damit Sie durch Zuzahlungen finanziell nicht unzumutbar belastet werden, müssen Sie pro Jahr nicht mehr als zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen Ihrer Familie zuzahlen. Bei einer schwerwiegend chronischen Erkrankung nur bis zu einem Prozent.

Sind Sie oder ein Familienangehöriger im gemeinsamen Haushalt schwerwiegend chronisch krank und deswegen seit mindestens einem Jahr in ärztlicher Behandlung?

- Nein.
- Ja. Eine der folgenden Aussagen trifft zu:
  - Die Voraussetzungen wurden bereits in einem früheren Antrag nachgewiesen.
  - Einer von uns nimmt am Besser-Leben-Programm der BARMER teil.
  - Seit mindestens einem Jahr liegt eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor.
  - Die ärztliche Bescheinigung Muster 55 über die Dauerbehandlung wegen einer chronischen Erkrankung ist beigelegt. – Das Muster 55 bekommen Sie ausschließlich bei Ihrem Arzt.

### Angaben zur Zahlungsweise

- Ich möchte meine Vorauszahlung überweisen. Teilen Sie mir dafür die Höhe meiner Zuzahlungsgrenze mit.
- Bitte buchen Sie meine Zuzahlungsgrenze ab. Die Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat) füge ich diesem Antrag ausgefüllt und unterzeichnet bei.

### Ihre Kontaktdaten bei Fragen

Telefonnummer

---

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Änderungen teile ich der BARMER unverzüglich mit.

Datum / Unterschrift (Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

---

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 62 SGB V. Die BARMER speichert diese für 36 Monate nach letztmaliger Verwendung des Mandats und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.



**Absender**

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

### SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **BARMER**  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE91ZZZ00000008807**  
Mandatsreferenz (zu finden im Kontoauszug zur Abbuchung)

Ich ermächtige die BARMER, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BARMER auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**D E** \_\_\_\_\_  
Deutsche IBAN

\_\_\_\_\_  
Ausländische IBAN (falls von dieser IBAN abgebucht werden soll)

\_\_\_\_\_  
BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

**Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungspflichtige(r) voneinander abweichen, bitte vollständigen Namen und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers im Feld "Vermerke" eintragen.** Die/der Zahlungspflichtige hat die Kontoinhaberin/den Kontoinhaber über die Höhe und Fälligkeitstermine der Zahlungen zu informieren.

**Vermerke:**

---

---

---

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  
Datum der Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)