



Antrag auf doppelten Festzuschuss bei Zahnersatz

Die Erhebung der Daten beruht auf § 55 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Füllen Sie den Antrag bitte vollständig aus und kreuzen Sie die zutreffenden Sachverhalte an.

Name der/ des Versicherten	Geburtsdatum	KVNR
----------------------------	--------------	------

Angaben zur Familie

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet Lebenspartnerschaft

Die nachfolgend aufgeführten Angehörigen (Ehepartner, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, familienversicherte Kinder, nicht familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt:

	Name, Vorname	Geb.-Datum	Krankenkasse
Versicherte(r)			BKK HMR
Ehegatte/Lebenspartner			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Hierzu gehören alle Bruttoeinnahmen, auch Einmalzahlungen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen	Versicherte(r)	Ehegatte / Lebens- partner(in)	Kind	Kind	Kind	Kind
Arbeitsentgelt Bitte fügen Sie Kopien der Einkommensnachweise bei.						
Lohn/ Gehalt (incl. Sonderzahlungen)						
Ausbildungsförderung nach dem BaföG oder dem SGB III						
Selbständige Tätigkeit						
Geringfügige Beschäftigung						
Renten/Pensionen/u.a. Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei.						
aus der gesetzlichen Rentenversicherung						
aus der gesetzlichen Unfallversicherung						
aus der privaten Lebensversicherung						
Pension/Versorgungsbezüge						
Sozialleistungen Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei.						
Arbeitslosengeld						
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe bzw. Grundsicherung)						
Sonstiges Bitte fügen Sie Kopien der Nachweise bei.						
Pacht- und/oder Mieteinnahmen						
Zinsen aus Kapitalvermögen						
Unterhalt, Unterhaltsleistungen						
Krankengeld						
Sachbezüge (wie freie Unterkunft und Verpflegung)						
Kriegsopferfürsorge nach dem BVG						
Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung deren Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden						

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet unter www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder datenschutz@bkk-hmr.de an.

Datum _____

Unterschrift _____