



Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen für das Jahr

Angaben zur Person:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum	KV-Nr.

Meine Bankverbindung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	IBAN (internationale Kontonummer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	BIC (internationale Bankleitzahl)

Angaben zum Familienstand

- ledig verheiratet Lebenspartnerschaft
 getrennt lebend geschieden verwitwet

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
Mitglied			
Ehegatte / Lebenspartner			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			

Schwerwiegende chronische Krankheit

<input type="checkbox"/> Ich bin schwerwiegend chronisch krank.	<input type="checkbox"/> Mein(e) Angehörige(r) ist schwer wiegend chronisch krank: (bitte Namen eintragen) _____
<input type="checkbox"/> Ein ärztlicher Nachweis (Muster 55) liegt der BKK HMR vor.	
<input type="checkbox"/> Es besteht ein Pflegegrad 3, 4 oder 5.	
<input type="checkbox"/> Ich / mein(e) Angehörige(r) nehme / nimmt am DMP Programm teil.	



BKK HMR

Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Zutreffendes bitte ankreuzen	Versicherte(r)	Ehegatte / Lebenspartner(in)	Kind	Kind	Kind	Kind
Arbeitsentgelt		Bitte fügen Sie Kopien der Einkommensnachweise bei.				
Lohn / Gehalt (mit Sonderzahlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten oder Pensionen		Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei.				
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus der privaten Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionen / Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialleistungen		Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei.				
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe / Grundsicherung, Arbeitslosengeld II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Einkünfte		Bitte fügen Sie Kopien der Nachweise bei.				
Pacht- oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachbezüge (wie freie Unterkunft und Verpflegung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Sollten sich meine Einkünfte und / oder die meiner Angehörigen ändern, werde ich die BKK HMR umgehend informieren. Vorsorgeuntersuchungen wurden seit dem 01.01.2008 von mir regelmäßig in Anspruch genommen.

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet auf unserer Webseite 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 _____