



BAHN-BKK

Regionalgeschäftsstelle Mitte-West
Postfach 90 02 52
60442 Frankfurt am Main

Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen / Jahr _____

Für Sie und Ihre Angehörigen (Punkt 4) genügt ein gemeinschaftlicher Antrag

Name, Vorname der/des Versicherten	Kundennummer / Geburtsdatum /
Anschrift	Gemeldete Bankverbindung BIC IBAN

1. Allgemeine Angaben

Ich bin alleinstehend verheiratet geschieden verwitwet

Wichtig: Ist ein Versicherter Ihres Familienhaushalts im Sinne des Gesetzes **chronisch krank**, reduziert sich die **Belastungsgrenze** auf **1%** der jährlichen Bruttoeinnahmen. Die chronische Krankheit muss seit mindestens **einem Jahr bestehen** und ist **einmalig** mit einer **ärztlichen Bescheinigung** nachzuweisen. **Ausnahmen:** **DMP-Teilnehmer/innen** oder **Schwerpflegebedürftige** mit mindestens **Pflegegrad 3** die bei der BAHN-BKK versichert sind, benötigen **keine** ärztliche Bescheinigung, wenn diese Voraussetzungen seit einem Jahr bestehen.

1.1 DMP*-Teilnehmer/in: ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)
(*DMP = Behandlungsprogramm für chronisch Kranke - Diabetes Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma, Chronische obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs)

1.2 Pflegegrad 3, 4 oder 5: ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.3 Schwerbehinderung/-beschädigung
(GdB/GdS) mindestens 60 ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.4 Chronische Erkrankung ja nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

2. Besondere Personengruppen

Hinweis: Trifft eine der Angaben unter Punkt 2. auf Sie oder einen Angehörigen zu, benötigen wir **keine Daten zum Einkommen** (siehe Punkt 3. u. Spalte „Einnahmen“ unter Punkt 4.)

- Unterbringung in einem **Heim** oder einer ähnlichen Einrichtung. Die **Kosten** der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.
- Bezug von **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Sozialgesetzbuch XII (alt: Bundessozialhilfegesetz) oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes.
- Bezug von Leistungen zur **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII.
- Bezug von Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung).

Wichtig! Bitte Kopie/n des aktuellen Bewilligungsbescheides beifügen! Ohne diese Kopie/n können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!

3. Ihre eigenen Einnahmen (bitte ankreuzen)

Einnahmen durch:	
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Altersrente, Witwenrente)	<input type="checkbox"/> ja
Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaftsrente)	<input type="checkbox"/> ja
Betriebsrente, Zusatzrente, Auslandsrente	<input type="checkbox"/> ja
Privatrente (z.B. Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung)	<input type="checkbox"/> ja
Pensionen, Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus Gewerbebetrieb sowie aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus Nichtselbständiger Tätigkeit (Lohn, Gehalt)	<input type="checkbox"/> ja
Einmalige Einkünfte (z.B. Prämien, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Abfindungen)	<input type="checkbox"/> ja
Einkünfte durch Sachbezüge (z.B. freie Unterkunft und Verpflegung)	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> ja
Einkünfte aus Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/> ja

4. Ihre Familienangehörigen und deren Einnahmen

Besteht Ihr Familienhaushalt aus mehreren Personen, sind nachfolgend immer anzugeben:

- der/die **im Haushalt oder in einem Pflegeheim** lebende **Ehepartner/in** bzw. **Lebenspartner/in** (bei gleichgeschlechtlicher Ehe),
- alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Jahr Befreiungsjahr **höchstens den 18ten** Geburtstag feiern,
- sowie alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Jahr Befreiungsjahr **mindestens den 19ten** Geburtstag feiern **und** gesetzlich familienversichert sind.

Bitte beachten Sie: Als **Kinder** gelten auch die **im Haushalt** lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Krankenkasse	Einnahmen
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja

Wichtig! Bitte fügen Sie aktuelle Kopien Ihrer Einkommensnachweise sowie die Ihrer Familienangehörigen bei.

Ohne diese Kopien können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten

Name:

Vorname:

Kundennummer:

5. Zinsen und Erträge (bitte unbedingt ausfüllen)

Nach den Bestimmungen des Gesetzgebers sind bei der Beurteilung der individuellen Belastungsgrenze auch die jährlichen Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) sowie aus Vermietung und Verpachtung **des gesamten berücksichtigungsfähigen Familienhaushalts** mit heranzuziehen.

Bitte machen Sie folgende Angaben aus dem Vorjahr Ihrer Antragsstellung!

Beispiel: Antrag gestellt: 31.01.2018 – Angabe der Jahreszinsen und -erträge 2017

Hinweis: Angaben zu Ihrem Kontostand benötigen wir nicht!

Im Jahr _____ habe/n ich/wir keine folgende Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) und/oder aus Vermietung und Verpachtung erzielt:

- Jahreszinsen – Giro-/Tagesgeldkonto/-konten _____
- Jahreszinsen – Sparbuch/-bücher _____
- Jahreszinsen – Sparbrief/e und/oder Sparvertrag/-verträge _____
- Jahreserträge von sonstigen Wertpapieren _____
(z. B. Aktien, Fondsanteile, usw.)
- Jahreseinnahmen aus Vermietung und/oder Verpachtung _____
- Jahresgesamtertrag _____
(sofern Einzelaufstellung nicht möglich)

Erklärung: Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der BAHN-BKK sofort mitteilen. Mir ist bekannt, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Nachforderung führen können.

(Datum) (Unterschrift der/des Versicherten) (ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Bemerkungen: _____

Meine Telefonnummer: _____ Anlagen: _____

Wichtig! Ohne Ihre Angaben zu Zinsen und Erträgen sowie Ihrer Unterschrift können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.

Name: _____ Vorname: _____ Kundennummer: _____