

## Antrag Erstattung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr

<b>Vorname Antragssteller</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Nachname Antragssteller</b>	<b>Kundennummer</b>
<b>Straße Hausnummer</b>	<b>Bankverbindung IBAN</b>
<b>PLZ Ort</b>	<b>BIC</b>

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter: *(freiwillige Angaben)*

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe bereits für das Vorjahr einen Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen gestellt. Meine Angaben und die meines Familienhaushaltes sind seitdem unverändert.

ja  nein

ja = Fügen Sie bitte die aktuellen Einkommensnachweise bei und unterschreiben auf Seite 3.

nein = Füllen Sie bitte den vollständigen Antrag aus.

Ich bin  alleinstehend  verheiratet  geschieden  verwitwet

Ich bin chronisch krank.

Mein Angehöriger \_\_\_\_\_ ist chronisch krank.

Als chronisch krank zählen Sie oder Ihr Angehöriger, weil Folgendes seit mindestens einem Jahr vorliegt (bitte Nachweis beifügen, falls uns dieser noch nicht vorliegt):

Schwerbehinderung (mind. 60 % GdB)

DMP-Teilnahme

Schwerwiegende chronische Erkrankung (Muster 55)

Pflegegrad 3, 4 oder 5

Trifft eine folgende Angabe auf Sie oder einen Angehörigen zu, schicken Sie uns bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides. Mehr Einkommensnachweise brauchen Sie dann nicht einreichen.

Unterbringung in einem **Heim** und die Kosten werden über die Sozialhilfe getragen

Bezug von **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem SGB XII

Bezug von **Grundsicherung** im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII

Bezug von Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem SGB II  
(Bürgergeld / Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung)

Zur Einkommensermittlung Ihres Jahres-Bruttoeinkommens des gesamten Haushaltes finden Sie auf der nächsten Seite eine tabellarische Auflistung.

**Bitte füllen Sie die folgende Tabelle aus und fügen entsprechende Einkommensnachweise in Kopie bei.**

Mit mir (Kundennummer: \_\_\_\_\_) wohnen folgende Personen in einem gemeinsamen Haushalt:

	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Krankenkasse	BAHN-BKK				
Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls Einkünfte vorhanden sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen an und vermerken Sie den jährlichen Bruttobetrag.

Lohn/Gehalt (inkl. Einmalzahlung)	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Gesetzliche Rente (z.B. Alters-, Witten-)	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Weitere Renten (Betriebs- / Zusatz-)	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Vermietung / Verpachtung	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Kapitaleinkünfte (Zinsen, Dividenden)	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Einkünfte aus Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €
Sonstige Einkünfte (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €



**Ich möchte Neuigkeiten zuerst erfahren.**

- Bitte informieren Sie mich über Neues bei der BAHN-BKK per Telefon, E-Mail oder SMS. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

---

**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.

Bemerkungen:

**Datenschutzhinweis**

Die Angaben sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Prüfung des Antrags auf die Erstattung von Zuzahlungen erforderlich (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, § 62 SGB V). Zusätzlich bitten wir um die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse, um Fragen im Zusammenhang mit Ihrem Antrag zu klären und die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen zu erleichtern. 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](http://www.bahn-bkk.de/datenschutz). Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 2246 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.

**Name:**

**Vorname:**

**Kundennummer:**

Bitte unterschreiben Sie Ihren Antrag auf die Erstattung von Zuzahlungen. Vielen Dank.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift gesetzlichen Vertreters

**Bitte schicken Sie uns Ihren unterschriebenen Antrag zu per**

- BAHN-BKK App
- E-Mail über [www.bahn-bkk.de/kontakt](http://www.bahn-bkk.de/kontakt)
- Post an BAHN-BKK, PostCenter, 48123 Münster