



BKK BPW Bergische Achsen KG
Ohler Berg 1
51674 Wiehl

Antrag auf teilweise Befreiung von den Zuzahlungen

<input type="checkbox"/> Vorauszahlung für das Jahr _____	<input type="checkbox"/> Erstattung für das Jahr _____
---	--

Angaben zum Familienstand:

- ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 verwitwet
 geschieden
 Eingetragene Lebenspartnerschaft

Die nachfolgend aufgeführten Angehörigen (Ehepartner(in), Lebenspartner(in) nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, familienversicherte oder nicht mehr familienversicherte Kinder) leben mit mir in einem gemeinsamen Haushalt (ggf. ein weiteres Blatt verwenden):

	Mitglied/ Versicherte(r)	Ehegatte(in)/ Lebens- partner(in)	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Krankenkasse	BKK BPW			
Steuerliche Veranlagung	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> getrennt			

Schwerwiegende chronische Krankheit	
<input type="checkbox"/> Ich bin schwerwiegend chronisch krank.	<input type="checkbox"/> Ein ärztlicher Nachweis (Muster 55) liegt der BKK BPW vor.
<input type="checkbox"/> Es besteht ein Pflegegrad 3, 4 oder 5.	
<input type="checkbox"/> Mein(e) Angehörige(r) ist schwerwiegend chronisch krank.	
Name, Vorname:	
<input type="checkbox"/> Ich / mein(e) Angehörige(r) nehme / nimmt am DMP Programm teil.	
Name, Vorname:	

Meine Bankverbindung (für mögliche Erstattung)	
Geldinstitut:	BIC:
IBAN:	
Kontoinhaber:	

Antrag auf teilweise Befreiung von den Zuzahlungen. Erklärung zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.
Bitte fügen Sie Kopien/Belege Ihrer Einkommensnachweise bei.
 (Lohnabrechnungen, Renten-, Steuer-, Bewilligungsbescheide)

	Mitglied/ Versicherte(r)	Ehegatte(in)/ Lebens- partner(in)	Kind	Kind
Arbeitsentgelt - Lohn aus nicht selbstständiger Arbeit (Haupt- und Nebenbeschäftigungen (monatlich))	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Gesetzliche Rente, ausländische Rente (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Versorgungsbezüge, Betriebsrente (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Lebensversicherungen (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
sonstige Renten (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Pacht- oder Mieteinnahmen (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Zinsen aus Kapitalvermögen (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Unterhaltszahlungen (monatlich)	..... EUR	..... EUR	..... EUR	..... EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte (z.B. Sachbezüge wie Unterkunft/Verpflegung)	..... EUR Art	..... EUR Art	..... EUR Art	..... EUR Art

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 BPW umgehend informieren. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Kein Eintrag zu den Einnahmen bedeutet keine derartige Einnahme. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter www.bkk-bpw.de/Datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift

(Telefonnr. als freiwillige Angabe)