

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DEN ZUZAHLUNGEN FÜR DAS JAHR

Sie helfen uns, wenn Sie den Vordruck vollständig ausfüllen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name des Versicherten	Versichertennummer
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Anschrift	Telefonnummer

Geldinstitut	Kontoinhaber
IBAN	BIC
Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit Antragsteller identisch! (Achtung: Vollmacht oder Betreuungsurkunde beifügen)	

Folgende Angehörige leben mit mir im **gemeinsamen** Haushalt:

	Name, Vorname	geboren am	Krankenkasse	Student mit Nebenwohnsitz ja/nein
Mitglied				
Ehepartner				
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				

Bitte nur ergänzen, wenn bei Ihnen oder einem der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vorliegt:

	Name, Vorname	geboren am	MdE in Prozent	GdB
Mitglied				
Ehepartner				
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DEN ZUZAHLUNGEN

Name des Versicherten
Versichertennummer

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören **alle Bruttoeinnahmen**, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Zu meinen/unseren Bruttoeinnahmen gehören:	Die Einnahmen werden bezogen vom:				
Einkunftsart	Versicherten	Ehegatten	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitseinkommen / Arbeitsentgelt					
selbstständige Tätigkeit					
Land- und Forstwirtschaft					
Lohn/Gehalt (inklusive Sonderzahlungen)					
Renten/Pensionen/u.ä.					
aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung					
aus privater Lebensversicherung					
Betriebsrenten					
Erträge					
Pacht-/Mieteinnahmen					
Zinsen aus Kapitalvermögen					
Entgeltersatzleistungen					
Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt (ALG II bzw. Bürgergeld)					
Krankengeld / Übergangsgeld					
Sonstiges					
Unterhalt, Unterhaltsleistungen					
Pflegewohnngeld					
sonstiges:					

Ich bestätige, dass die Angaben auf Blatt 1 und 2 richtig sind. **Änderungen der persönlichen und finanziellen Verhältnisse teile ich unverzüglich mit.** Zu Unrecht bezogene Leistungen zahle ich zurück.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

DATENSCHUTZHINWEIS:

Die VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Ihre Checkliste:

- Antrag ausgefüllt und unterschrieben
- Einkommensunterlagen vollständig (nur Bruttoeinnahmen)
- Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit (Diese Bescheinigung erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis)
- Zuzahlungsbeleg im Original