VIACTIV Krankenkasse

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DEN ZUZAHLUNGEN FÜR DAS JAHR (Blatt1)

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

Name des Versicherten	**Versichertennummer**
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ 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				

– Bitte weiter auf Blatt 2

VIACTIV Krankenkasse

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DEN ZUZAHLUNGEN (Blatt2)

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 Lebens-unterhalt (ALG II bzw. Bürgergeld)					
Krankengeld / Übergangsgeld					
Sonstiges					
Unterhalt, Unterhaltsleistungen					
Pflegewohngeld					
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

Ihre Checkliste:

- ☐ Antrag ausgefüllt und unterschrieben
- ☐ Einkommensunterlagen vollständig (nur Bruttoeinnahmen)
- ☐ Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit (Neuregelung: Seit dem 01.10.2016 erhalten Sie das Formular in der Arztpraxis)
- ☐ Zuzahlungsbelege im Original

VIACTIV Krankenkasse

DATENSCHUTZHINWEIS

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (kurz DS-GVO) geregelt.

Weitergehende Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren

„Informationen zum Datenschutz".

Diese können Sie auf unserer Homepage **viactiv.de/datenschutz** lesen und herunterladen.

Gerne senden wir Ihnen die „Informationen zum Datenschutz" auch in der von Ihnen gewünschten Form zu: Rufen Sie uns einfach unter der Telefonnummer **0800 222 12 11** an oder senden Sie uns eine E-Mail an service@viactiv.de. Vielen Dank!

In unseren Servicecentern können Sie unsere „Informationen zum Datenschutz" ebenfalls einsehen.