

# Antrag auf Befreiung bei Zahnersatz

## 1 Personalien

Name, Geburtsdatum, Versichertennummer
--

## 2 Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte  mein Angehöriger \_\_\_\_\_ erhält  
Name, Geburtsdatum, Versichertennummer

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)
- Hilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Arbeitslosengeld II nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)
- Grundsicherung
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem dritten Sozialgesetzbuch (SGB III)
- Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

Bitte entsprechende Nachweise (z.B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten (Nr. 2) beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

## 3 Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (Ehepartner/Kinder)

Name, Vorname	Geburtstag	Wie verwandt?	Wie versichert?	Für die Krankenkasse Befreit:
a)		Ehepartner		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4 Einnahmen zum Lebensunterhalt – brutto – <b>Bitte Nachweise beifügen!</b>	Mitglied	Ehegatte	Kinder			
	Monatlich in €					
		a)	b)	c)	d)	e)
Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)						
Renten (aus gesetzl. oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttozahlbetrag angeben)						
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen						
Einkünfte aus selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>						
Sonstige Einkünfte <sup>1)</sup> Bitte Art angeben:						
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.						

1) Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z.B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt und ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z.B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Datum	Telefonnummer (freiwillig)	Unterschrift des Versicherten
E-Mail:		

# 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](https://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](mailto:service@viactiv.de). Vielen Dank!

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