

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 im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Bürgergeld (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 –	Mitglied	Ehegatte	Kinder			
Bitte Nachweise beifügen!	Monatlich in Euro					
		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 Bruttozahlungsbetrag angeben)						
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen						
Einkünfte aus selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>						
Sonstige Einkünfte ¹⁾ 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:
---------------	-------	------

Datum	Unterschrift	Telefon*	Mobil*
E-Mail*			*freiwillige Angabe

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.