



## BAHN-BKK

Regionalgeschäftsstelle Mitte-West  
Postfach 90 02 52  
60442 Frankfurt am Main

### Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen / Jahr \_\_\_\_\_

Für Sie und Ihre Angehörigen (Punkt 4) genügt ein gemeinschaftlicher Antrag

Name, Vorname der/des Versicherten	Kundennummer / Geburtsdatum /
Anschrift	Gemeldete Bankverbindung BIC IBAN

### 1. Allgemeine Angaben

Ich bin  alleinstehend  verheiratet  geschieden  verwitwet

**Wichtig:** Ist ein Versicherter Ihres Familienhaushalts im Sinne des Gesetzes **chronisch krank**, reduziert sich die **Belastungsgrenze** auf **1%** der jährlichen Bruttoeinnahmen. Die chronische Krankheit muss seit mindestens **einem Jahr bestehen** und ist **einmalig** mit einer **ärztlichen Bescheinigung** nachzuweisen. **Ausnahmen:** **DMP-Teilnehmer/innen** oder **Schwerpflegebedürftige** mit mindestens **Pflegegrad 3** die bei der BAHN-BKK versichert sind, benötigen **keine** ärztliche Bescheinigung.

1.1 DMP\*-Teilnehmer/in:  ja  nein (Mitglied oder Familienangehöriger)  
(\*DMP = Behandlungsprogramm für chronisch Kranke - Diabetes Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma, Chronische obstruktive Lungenerkrankung und Brustkrebs)

1.2 Pflegegrad 3, 4 oder 5:  ja  nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.3 Schwerbehinderung/-beschädigung  
(GdB/GdS) mindestens 60  ja  nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

1.4 Chronische Erkrankung  ja  nein (Mitglied oder Familienangehöriger)

### 2. Besondere Personengruppen

**Hinweis:** Trifft eine der Angaben unter Punkt 2. auf Sie oder einen Angehörigen zu, benötigen wir keine Daten zum Einkommen (siehe Punkt 3. u. Spalte „Einnahmen“ unter Punkt 4.)

- Unterbringung in einem **Heim** oder einer ähnlichen Einrichtung. Die **Kosten** der Unterbringung werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen.
- Bezug von **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach dem Sozialgesetzbuch XII (alt: Bundessozialhilfegesetz) oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes.
- Bezug von Leistungen zur **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung** nach dem SGB XII.
- Bezug von Leistungen zur **Sicherung des Lebensunterhalts** nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II bzw. monatliche Leistungen für Unterkunft und Heizung).

**Wichtig!** Bitte Kopie/n des aktuellen Bewilligungsbescheides beifügen! Ohne diese Kopie/n können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!

### 3. Ihre eigenen Einnahmen (bitte ankreuzen)

<b>Einnahmen durch:</b>	
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Altersrente, Witwenrente)	<input type="checkbox"/> ja
Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaftsrente)	<input type="checkbox"/> ja
Betriebsrente, Zusatzrente, Auslandsrente	<input type="checkbox"/> ja
Privatrente (z.B. Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung)	<input type="checkbox"/> ja
Pensionen, Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus Gewerbebetrieb sowie aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja
Einnahmen aus Nichtselbständiger Tätigkeit (Lohn, Gehalt)	<input type="checkbox"/> ja
<b>Einmalige Einkünfte</b> (z.B. Prämien, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Abfindungen)	<input type="checkbox"/> ja
Einkünfte durch Sachbezüge (z.B. freie Unterkunft und Verpflegung)	<input type="checkbox"/> ja
Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> ja
Einkünfte aus Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/> ja
<b>Sonstige Einkünfte</b> (z.B. Krankengeld)	<input type="checkbox"/> ja

### 4. Ihre Familienangehörigen und deren Einnahmen

**Besteht Ihr Familienhaushalt aus mehreren Personen, sind nachfolgend immer anzugeben:**

- der/die **im Haushalt oder in einem Pflegeheim** lebende **Ehepartner/in** bzw. **Lebenspartner/in** (bei gleichgeschlechtlicher Ehe),
- alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Jahr Befreiungsjahr **höchstens den 18ten** Geburtstag feiern,
- sowie alle **im Haushalt** lebenden **Kinder**, die im Jahr Befreiungsjahr **mindestens den 19ten** Geburtstag feiern **und** gesetzlich familienversichert sind.

**Bitte beachten Sie:** Als **Kinder** gelten auch die **im Haushalt** lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Krankenkasse	Einnahmen
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja

**Wichtig!** Bitte fügen Sie aktuelle Kopien Ihrer Einkommensnachweise sowie die Ihrer Familienangehörigen bei.

**Ohne diese Kopien können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten**

Name:

Vorname:

Kundennummer:

## **5. Zinsen und Erträge (bitte unbedingt ausfüllen)**

Nach den Bestimmungen des Gesetzgebers sind bei der Beurteilung der individuellen Belastungsgrenze auch die jährlichen Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) sowie aus Vermietung und Verpachtung **des gesamten berücksichtigungsfähigen Familienhaushalts** mit heranzuziehen.

**Bitte machen Sie folgende Angaben aus dem Vorjahr Ihrer Antragsstellung!**

**Beispiel: Antrag gestellt: 31.01.2017 – Angabe der Jahreszinsen und -erträge 2016**

**Hinweis: Angaben zu Ihrem Kontostand benötigen wir nicht!**

Im Jahr \_\_\_\_\_ habe/n ich/wir  keine  folgende Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen) und/oder aus Vermietung und Verpachtung erzielt:

- Jahreszinsen – Giro-/Tagesgeldkonto/-konten \_\_\_\_\_
- Jahreszinsen – Sparbuch/-bücher \_\_\_\_\_
- Jahreszinsen – Sparbrief/e und/oder Sparvertrag/-verträge \_\_\_\_\_
- Jahreserträge von sonstigen Wertpapieren \_\_\_\_\_  
(z. B. Aktien, Fondsanteile, usw.)
- Jahreseinnahmen aus Vermietung und/oder Verpachtung \_\_\_\_\_
- Jahresgesamtertrag \_\_\_\_\_  
(sofern Einzelaufstellung nicht möglich)

**Erklärung:** Ich versichere, dass meine Antragsangaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der BAHN-BKK sofort mitteilen. Mir ist bekannt, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Nachforderung führen können.

\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift der/des Versicherten) (ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Anlagen: \_\_\_\_\_

**Wichtig! Ohne Ihre Angaben zu Zinsen und Erträgen sowie Ihrer Unterschrift können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten!**

Die Datenerfassung erfolgt unter Beachtung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Kundennummer: \_\_\_\_\_