KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum:

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Allg. Leistungen Befreiung
45095 Essen

Antrag auf teilweise Erstattung von Zuzahlungen für das Jahr

Bitte teilen Sie uns mit, welche der folgenden Einkommensarten Sie beziehen/bezogen haben. Anzugeben sind **alle Einkünfte**, die Sie und ggf. Ihr/e Ehepartner/in und die im Haushalt lebenden Kinder beziehen. **Bitte fügen Sie Kopien für alle Einnahmen bei, denen auch die Höhe der Bruttoeinnahmen hervorgeht. So können Sie Rückfragen unsererseits vermeiden.**

Zutreffendes bitte auswählen ☑	**Versicherter**	**Ehegatte**	**Kind**	**Kind**
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Krankenkasse, sofern nicht KNAPPSCHAFT *Belege über bereits geleistete Zuzahlungen von anderen Krankenkassen sind in jedem Fall beizufügen.		*	*	*
Angehöriger lebt im gemeinsamen Haushalt		☐	☐	☐
Renten / Pensionen				
- Alters, Hinterbliebenen-, Erwerbsminderungsrenten	☐	☐	☐	☐
- Unfallrenten und Grad der Erwerbsminderung	☐ %	☐ %	☐ %	☐ %
- Betriebsrenten oder Versorgungsbezüge	☐	☐	☐	☐
- aus privater Versicherung	☐	☐	☐	☐
Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen				
- Lohn / Gehalt aus einem Beschäftigungsverhältnis (auch Minijob) inklusive Einmalzahlungen	☐	☐	☐	☐
- aus selbstständiger Tätigkeit	☐	☐	☐	☐
Entgeltersatzleistungen				
- Arbeitslosengeld / Grundsicherungsgeld	☐	☐	☐	☐
- Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	☐	☐	☐	☐
- Mutterschaftsgeld	☐	☐	☐	☐
Erträge				
- aus Vermietung und Verpachtung	☐	☐	☐	☐
- Zinsen aus Kapitalvermögen	☐	☐	☐	☐
Sonstiges				
- Unterhalt	☐	☐	☐	☐
- Sozialhilfe (z. B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Barbetrag bei Heimunterbringung)	☐	☐	☐	☐
- sonstige Einnahmen	☐	☐	☐	☐

YRCMO22002 14401

Erklärung

Ich möchte, dass die KNAPPSCHAFT für die Erstattung alle gespeicherten Zuzahlungen berücksichtigt.

Ich erkläre hiermit, dass ich alle Zuzahlungsforderungen gezahlt habe. Offene Zuzahlungsforderungen bestehen nicht. (Unzutreffendes bitte streichen)

☐ Nein, ich möchte, dass die Prüfung der Erstattung nur mit den von mir eingereichten Zuzahlungsbelegen erfolgt. Wichtiger Hinweis: **(Nur) Wenn Sie dieses Feld ankreuzen, müssen Sie Ihre Zuzahlungsbelege einreichen.** Aus den Zuzahlungsbelegen muss die Höhe und der Anlass der Zuzahlung zweifelsfrei ersichtlich sein. Wichtig: Wir können nur Quittungen und Zuzahlungsrechnungen mit Zahlungsnachweis oder Kontoauszug berücksichtigen. Unbezahlte Rechnungen, Kosten für Arzneimittel ohne Rezept oder Privatrezepte können wir nicht berücksichtigen. Bitte fügen Sie diese nicht bei.

Ich bitte um Überweisung auf ☐ mein Konto
☐ ein anderes Konto

Kontoinhaber: _____

IBAN BIC

Datum, Unterschrift

meine Telefonnummer für evtl. Rückfragen (freiwillige Angabe)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bewusst, dass ich zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Die Erhebung der Daten beruht auf § 284 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Ihre Mitwirkung ist nach § 60 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) sowie § 99 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erforderlich, eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Erstattung von Zuzahlungen führen (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.knappschaft.de/datenschutz.

YRCMO22002 14401