



Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2024

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen sich an den Kosten bestimmter Leistungen beteiligen. Diese Zuzahlungen betragen grundsätzlich 10 % und bewegen sich zwischen 5 und 10 Euro. Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass alle Versicherten die medizinisch notwendige Versorgung erhalten, und dabei gleichzeitig nicht unzumutbar belastet werden.

Während eines Kalenderjahres müssen Sie daher nur Zuzahlungen bis zu Ihrer persönlichen Belastungsgrenze leisten. Wenn Sie die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreichen, so können Sie sich und Ihre Angehörigen für den Rest des Kalenderjahres von den gesetzlichen Zuzahlungen befreien lassen. Gerne stellt Ihnen die vivida bkk dann einen Befreiungsausweis aus. Eventuell zu viel aufgewendete Zuzahlungen erstatten wir Ihnen gerne auf Antrag.

Erfahren Sie mehr zu folgenden Themen:

- **Was ist meine persönliche Belastungsgrenze?**
- **Welche Einkünfte werden zur Errechnung der Belastungsgrenze herangezogen?**
- **Wie erhalte ich eine Erstattung meiner Zuzahlungen?**
- **Die Zuzahlungen im Einzelnen**

Was ist meine persönliche Belastungsgrenze?

Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze sind die Bruttoeinnahmen (nicht die Nettoeinkünfte) des Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen, sowie die Einkünfte der im Haushalt lebenden mitversicherten Kinder.

Die Einnahmen werden zur Berechnung der Belastungsgrenze um folgende Familienabschläge gemindert:

- für den Ehepartner oder Lebenspartner 6.363,00 Euro
- für jedes im Haushalt lebende berücksichtigungsfähige Kind 9.312,00 Euro

Die Höhe der Familienabschläge ändert sich jährlich. Bitte informieren Sie sich rechtzeitig!

Bei einzelnen Personengruppen, wie beispielsweise Bezieher von Sozialhilfe, gilt ausschließlich der Regelbedarf des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage. Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Für Versicherte, die an einer chronischen Krankheit leiden, gilt: Die Belastungsgrenze bei chronisch Kranken beträgt 1 %, wenn sie wegen derselben schwerwiegenden Krankheit 1 Jahr lang in Dauerbehandlung sind und wenn zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt und ärztlich bestätigt ist:

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist erforderlich.
- Es liegt Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 vor
- Ein Grad der Behinderung von mindestens 60 % oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % liegt vor.

Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, bestätigt der Arzt dies auf der „Ärztlichen Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit“ (Muster 55).

Welche Einkünfte werden zur Errechnung der Belastungsgrenze herangezogen?

Zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen. Das gilt ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung. Eine Verrechnung von positiven mit negativen Einkünften (wie bspw. negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mit Gewinnen aus selbstständiger Arbeit) ist nicht möglich.

Wie erhalte ich eine Erstattung meiner Zuzahlungen?

Bitte lassen Sie sich über sämtliche gesetzliche Zuzahlungen, die Sie im Jahresverlauf leisten, einen Beleg erstellen. Die gesammelten Quittungen können Sie dann am Jahresende oder bei Erreichen der Belastungsgrenze während des Jahres mit allen Einkommensunterlagen sowie den Antragsunterlagen an die vivida bkk weiterleiten.

Bitte beachten Sie: Eingereichte Zuzahlungsbelege müssen immer mit dem Namen des Versicherten versehen sein.

Belege ohne Namen dürfen wir leider nicht anerkennen und müssen wir zurückschicken.

Wir berechnen Ihre persönliche Belastungsgrenze und erstatten Ihnen die Zuzahlungen, welche die Belastungsgrenze überschreiten.

Die Zuzahlungen im Einzelnen:

Arznei- und Verbandmittel: 10 % des Abgabepreises, mind. 5 Euro, max. 10 Euro, aber nicht mehr als der Abgabepreis (wenn unter 5 Euro)

Heilmittel: 10 % der Kosten + 10 Euro je Verordnung

Häusliche Krankenpflege: 10 % der Kosten je Leistungstag (begrenzt auf höchstens 28 Kalendertage je Kalenderjahr) + 10 Euro je Verordnung

Hilfsmittel: 10 % des Abgabepreises, mind. 5 Euro, max. 10 Euro

Krankenhausbehandlung: 10 Euro täglich für max. 28 Tage/Kalenderjahr

Fahrkosten: 10 % der Kosten, mind. 5 Euro, max. 10 Euro je Fahrt

Haushaltshilfe/Soziotherapie: 10 % der Kosten je Leistungstag, mind. 5 Euro, max. 10 Euro

Kinder und Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr) sind von Zuzahlungen befreit

(Ausnahme: Fahrkosten)

Weiterführende Infos finden Sie unter: www.vividabkk.de

Wir sind für Sie da!

Haben Sie Fragen zur Befreiung von Zuzahlungen? Rufen Sie uns einfach an oder senden Sie uns eine E-Mail.

Wir sind für Sie da und helfen Ihnen weiter.



☎ 07720 9727-0
@ info@vividabkk.de
🌐 www.vividabkk.de

Name, Vorname

KVNr.

Antrag auf teilweise Befreiung von Zuzahlungen 2024

Familienstand: verheiratet* ledig geschieden getrennt lebend verwitwet

*Hierzu zählen auch eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte und die aufgeführten familienversicherten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Mitglied	Ehegatte* bzw. Lebenspartner	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Krankenkasse						
Jahres-Bruttoeinnahmen (siehe Anlage)						
Zuzahlungen						

Bankverbindung

IBAN

BIC

Geldinstitut

Die Angaben sind vollständig und richtig. Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das angegebene Konto zu überweisen. Die Belege über die Zuzahlungen sowie die erforderlichen Einkommensnachweise sind beigelegt.

Datum

Unterschrift

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X.

Ihre persönlichen Daten werden von der vividabkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vividabkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/Datenschutz.

**Bitte zurück an:
vividabkk, 78044 Villingen-Schwenningen**

Name, Vorname

KVNr.

Einkommenserklärung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Belege beifügen.

Einkunftsart	Zu meinen/unseren monatlichen Bruttoeinnahmen gehören	Höhe der Einnahmen in Euro	Die Einnahmen werden bezogen vom/von				
			Versicherten	Ehegatten/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Arbeitsentgelt							
• Lohn/Gehalt (auch aus geringfügigen Beschäftigungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitseinkommen							
• Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten/Pensionen u. a.							
• aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Berufs-, Erwerbsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrenten, landwirtschaftliches Altersgeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom Versorgungsamt (z.B. Grundrente für Hinterbliebene)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Unfallrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aus der privaten Lebensversicherung (laufende monatliche Zahlungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von ausländischen Rentenversicherungsträgern und Rentenstellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ruhegehalt, Pensionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Betriebsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Grundsicherungsleistung vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf der nächsten Seite



vividabkk

Ihre Krankenkasse

Name, Vorname

KVNr.

Einkunftsart	Zu meinen/unseren monatlichen Bruttoeinnahmen gehören	Höhe der Einnahmen in Euro	Die Einnahmen werden bezogen vom/von					
			Versicherten	Ehegatten/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2	Kind 3	
Entgeltersatzleistungen								
• Kranken/Kinderkrankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mutterschaftsgeld/ Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elterngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erträge								
• Pacht- und/oder Mieteinnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zinsen aus Kapitalvermögen des Kalenderjahres der Antragstellung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinsen								
• Zinsen aus Girokonto(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zinsen aus Sparbuch(-büchern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zinsen aus Sparbrief(en) und/oder Sparvertrag (-verträgen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erträge aus sonstigen Wertpapieren (z.B. Aktien, Fondsanteile usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zinsen aus Bausparverträgen (Bitte letzten Bausparkontoauszug vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eingliederungshilfe für Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges								
• Sachbezüge/Ansprüche aus Übergabeverträgen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Geldleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- freie Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nießbrauch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- freie Wohnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abfindungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eigenheimzulage	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Unterhalt, Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Bitte fügen Sie sämtliche Einkommensnachweise in Kopie bei.



vividabkk

Ihre Krankenkasse