

Bitte zurück an:
 Novitas BKK
 47050 Duisburg

Name, Vorname des Mitgliedes	Fam-Stand	KV-Nummer	Geburtsdatum

Befreiung von Zuzahlungen

Antrag zur Feststellung der Belastungsgrenze für das Kalenderjahr: _____

(bitte Jahreszahl angeben)

Einkommensverhältnisse und Angehörige

Zur Feststellung meiner Belastungsgrenze mache ich folgende Angaben zu den Einkommensverhältnissen meines Haushalts und zu den mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehegatte/Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz –LpartG) sowie Kinder). Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen des genannten Kalenderjahres mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Hinweis: Bitte Einkommensnachweise beifügen! Falls Spalten nicht ausreichen, bitte Angaben auf einem Beiblatt ergänzen.

	Mitglied	Ehegatte/Lebenspartn.	Kind	Kind	Kind
Name, Vorname					
gesetzlichen Rente z.B.: Erwerbsminderungs- Altersrente/Hinterbliebenen Rente					
Rente gesetzl. Unfallversicherung					
Rente aus der privaten Lebensversicherung					
Betriebs/Werksrente/ Ruhegeld/ausländische Renten					
Lohn /Gehalt/ Arbeitseinkommen einschl. Sonder-/ Einmalzahlungen					
Selbstständige Tätigkeit					
Geringfügige Beschäftigung					
Krankengeld/ Übergangsgeld/Verletztengeld					
Arbeitslosengeld / Bürgergeld					
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe bzw. Grundsicherungsleistung)					
Unterhalt/Unterhaltsleistungen					
Pacht- und/oder Mieteinnahmen					
Zinsen aus Kapitalvermögen					
Sonstige Einnahmen					
Tragung der Heimkosten durch Sozialhilfeträger		<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Nein	
In meinem Haushalt lebend von/bis/seit	X	(Zeitraum angeben)	(Zeitraum angeben)	(Zeitraum angeben)	(Zeitraum angeben)
versichert bei (Name und Sitz der Krankenkasse)					
Telefonnummer für Rückfragen					
Meine aktuelle Bankverbindung					
	Name der Bank	Iban		BIC	

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in der Tabelle und eventuell angefügten Beiblättern. Über Änderung dieser Angaben (Ausscheiden von Angehörigen aus meinem Haushalt und Änderungen meiner Einkommensverhältnisse) werde ich die Novitas BKK unverzüglich informieren. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

 Datum

 Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie im Internet unter novitas-bkk.de/datenschutz