

NIX MEHR ZAHLEN 2010: GRATISLEISTUNGEN FÜR FINANZIELLE HÄRTEFÄLLE

Liebes KRANKE -KASSE -Mitglied,

du hast deine finanzielle Schmerzgrenze erreicht und willst 2010 von den Zuzahlungen befreit werden? Kein Problem. Zahle einfach deinen bisherigen Zuzahlungsbetrag im Voraus bei uns ein. Natürlich nur bis zur Höhe deiner Zuzahlungsgrenze. Dazu brauchen wir noch Folgendes von dir:

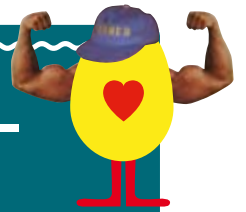
- den beiliegenden Antrag
- aktuelle Einkommensnachweise deiner Bruttoeinnahmen
- ärztliche Bescheinigung, dass du eine chronische Erkrankung hast

Hast du schon 2009 so eine ärztliche Bescheinigung an uns geschickt? Dann brauchst du das für das Jahr 2010 nicht mehr zu tun. Auch nicht, wenn du einen Grad der Schädigungsfolgen oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % hast. Dann reicht die Kopie deines Schwerbehindertenbescheides. Erhältst du bereits Pflegestufe II oder III, brauchen wir weder eine ärztliche Bescheinigung noch deinen Schwerbehindertenbescheid. Wir setzen anschließend für dich eine neue Zuzahlungsgrenze fest und du erhältst von uns ein entsprechendes Überweisungsformular.

Hast du noch Fragen? Wir beraten dich gern.

Ruf uns einfach an: 0800-K-R-A-N-K-E-K

Dein Team von der KRANKEN KASSE



Meine finanzielle Schmerzgrenze ist erreicht

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Die Feststellung, dass der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen. Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eines der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

Zuerst muss die KRANKE KASSE ran

Name, Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

(KV-Nr.)

Stempel / Unterschrift
der KRANKEN KASSE

A1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

ja nein

A2 Es ist ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60% oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt worden.

ja nein

Hinweis:

Der GdS bzw. die MdE muss zur Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V durch die im Abschnitt B1 bestätigte Krankheit begründet sein.

Hinweis:

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn eine Dauerbehandlung gemäß Abschnitt B1 vorliegt und eins der Merkmale (A1 bis A3) vorhanden ist.

Dann der Vertragsarzt

B1 Der oben genannte Versicherte ist seit dem wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung

Dauerdiagnose(n).....

.....

.....

Ende der Dauerbehandlung

nicht absehbar voraussichtlich am.....

Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen dieser Bescheinigung mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war.

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes

Die nachstehende Frage muss nicht beantwortet werden, wenn A1 und/oder A2 mit Ja beantwortet wurden/wurde.

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der unter B1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

ja nein

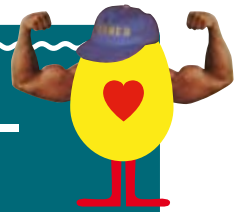
Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale, die Nr. 01610 EBM ist berechnungsfähig.

Ausstellungsdatum:

Zum Schluss von der KRANKEN KASSE auszufüllen

A3 Es liegt eine ärztliche Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungserfordernisse nach Abschnitt B2 vor.

ja nein



KRANKE KASSE
Postfach 19 12 53
14002 Berlin

**Ich mach euch einen Antrag
auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen für das Jahr 2010**

Persönliches

Familienstand

- ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

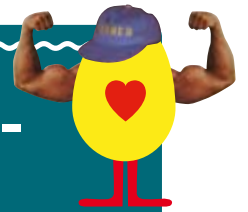
Bankverbindung

Geldinstitut: Kontoinhaber:

Bankleitzahl: Kontonr.:

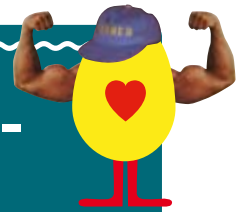
Gemeinsam im Haushalt leben

	Mitglied	Ehepartner / Lebenspartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Krankenkasse (Name / Sitz)					
familienversichert?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



Gemeinsames Bruttoeinkommen

	Gesamt	Mitglied	Ehepartner / Lebenspartner	1. Kind	2. Kind
Arbeitseinkommen aus nicht selbstständiger Tätigkeit (inkl. Arbeitsentgelt aus einer Aushilfs- beschäftigung / 400-Euro-Job) mit Einmalzahlungen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II)	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Renten/Pensionen (u. a. aus der gesetzlichen Renten- versicherung, z. B. Alters-, Witwen-/ Witwer-, Waisenrente oder Erwerbs-/ Berufsunfähigkeit)	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Rentenähnliche Einnahmen (z. B. Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, aus- ländische Renten, Einmalzahlungen, Weihnachtsgeld)	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Renten/Pensionen (u. a. aus der gesetzlichen Unfallversicherung)	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grund- sicherung im Alter und bei Erwerbsmin- derung vom Sozialhilfeträger oder Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundes- versorgungsgesetz	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Volle oder teilweise Kostenübernahme für die Unterbringung in einem Senioren- oder Pflegeheim oder von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopfer- fürsorge	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€



Gemeinsames Bruttoeinkommen

	Gesamt	Mitglied	Ehepartner / Lebenspartner	1. Kind	2. Kind
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Sonstige Einkünfte (ohne Kindergeld und Wohngeld) z. B. Krankengeld u. a.	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen	Monatliches Brutto- einkommen
€€€€€
Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe

Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach dem Bundesversorgungsgesetz von mindestens 60 %					
%%%%%
Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %					
%%%%%

Hand aufs Herz

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der CITY BKK mitteilen muss. Zu Unrecht erhaltene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 SGB V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X.

..... Datum, Unterschrift des/der Versicherten Telefon (freiwillige Angabe)
---	---------------------------------------