

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Leistungen
30125 Hannover

Antrag auf Erstattung und Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr 2026

Name, Vorname: _____

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ verpartnert¹
☐ getrennt lebend seit _____ (Monat/Jahr)

Angaben zu den Jahresbruttoeinnahmen meines Haushaltes

☐ Ich versichere, dass die in der Tabelle genannten Personen mit mir in einem gemeinsamen Haushalt oder in einer Wirtschaftsgemeinschaft leben.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Versichertennummer:
Meine Angaben			KKH	
Ehegatte oder Lebenspartner¹				
Kind 1				
Kind 2				

1) Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

☐ Ich lebe in einem **Pflege-/Seniorenheim** oder einer ähnlichen Einrichtung **und** die Kosten der Unterbringung trägt die **Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge**. ☐ Ich erhalte **Leistungen zur Sicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt** (Arbeitslosengeld II, Bürgergeld, Sozialgeld, Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen, Kriegsopferfürsorge).

Trifft einer dieser beiden Punkte zu? Dann brauchen wir eine Kopie des Bescheides dazu. Weitere Angaben zu Ihren Einnahmen sind nicht mehr nötig.

Sollen wir Ihren Erstattungsbetrag aufrechnen oder – falls möglich – die Differenz zur Belastungsgrenze abbuchen? Wenn Ihre gesetzlichen Zuzahlungen für 2026 Ihre persönliche Belastungsgrenze für 2026 **übersteigen**, können wir eine **Aufrechnung der Beträge** durchführen. Das bedeutet: Wir behalten für 2027 den Betrag Ihrer Belastungsgrenze gleich mit ein und überweisen Ihnen nur den verbleibenden Rest. Dann können wir Ihnen für **2026 und 2027 eine KKH PlusCard** schicken. Ihr Vorteil: Ab sofort und das gesamte Jahr 2027 hindurch fallen keine gesetzlichen Zuzahlungen mehr für Sie an und Sie brauchen keine Belege zu sammeln. Falls Ihre gesetzlichen Zuzahlungen für 2026 unter Ihrer persönlichen Belastungsgrenze 2026 liegen, gibt es diese Möglichkeit: Wir buchen den Differenzbetrag zur Belastungsgrenze ab und schicken Ihnen anschließend Ihre KKH PlusCard für das Jahr 2026.

- ☐ Ja, bitte rechnen Sie die Beträge auf und senden Sie mir dann meine beiden KKH PlusCards für **2026 und 2027** zu.
- ☐ Ja, falls meine bisherigen Zuzahlungen meine Belastungsgrenze nicht erreichen, zahle ich einfach den Differenzbetrag und erhalte dann meine KKH PlusCard für 2026. Bitte buchen Sie den Differenzbetrag ab. Dafür habe ich Ihr Formular für das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und lege es hier bei.
- ☐ Nein. Ich wünsche weder eine Aufrechnung noch eine Abbuchung der Differenz. Ich sammle stattdessen meine Belege und stelle später wieder einen Erstattungsantrag.

Angaben für Überweisungen und Kontaktaufnahme

Bitte verwenden Sie für Überweisungen an mich diese Kontoverbindung:

Name der Bank _____
IBAN _____
Kontoinhaber _____

Bitte nutzen Sie für Rückfragen diese Kontaktmöglichkeiten:

Telefon _____
E-Mail _____

Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

Wir benötigen die Daten zu Ihrem Einkommen, um Ihren Antrag zu bearbeiten (nach § 62 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V). Die Angabe Ihrer Bankverbindung und Ihrer Kontaktdaten ist freiwillig. Wir verwenden sie nur für Rückfragen zu Ihrem Antrag. Weitere Informationen zu unserem Datenschutz finden Sie unter: **kkh.de/datenschutz**

Angaben über die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt im Kalenderjahr 2026

Art der Einnahmen	Trifft zu	versicherte Person	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2
Renten/Pensionen					
aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
aus privaten Verträgen	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
von ausländischen Versicherungsträgern	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Ruhegehalt/ Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen					
Lohn/Gehalt (auch geringfügige Beschäftigung)	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld)	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
aus selbständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
aus Land-/Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Entgeltersatzleistungen					
Kranken-, Verletzten-, Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Kurzarbeiter-, Winterausfall-, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Sonstige Einnahmen					
Zinseinnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Pacht/Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Unterhalt	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
BAföG	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Sonstige Einnahmen	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich diesen Antrag auf Erstattung von Zuzahlungen korrekt und vollständig ausgefüllt habe.
Die erforderlichen Nachweise habe ich beigelegt.

 Ort, Datum

 Unterschrift