

## Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen für das Kalenderjahr 2027

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ verpartnert<sup>1</sup>  
☐ 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:
<b>Meine Angaben</b>			KKH	
<b>Ehegatte oder Lebenspartner<sup>1</sup></b>				
<b>Kind 1</b>				
<b>Kind 2</b>				

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.

☐ **Ich beantrage für 2027 die Vorauszahlung. Stellen Sie mir bitte die KKH Plus-Card aus.**

- ☐ Bitte **buchen Sie** den Betrag meiner Belastungsgrenze für 2027 ab (frühestens Anfang 2027). Dafür fülle ich das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat komplett aus und schicke es zurück an Sie.
- ☐ Den Betrag meiner Belastungsgrenze für 2027 **überweise ich** Ihnen. Sobald meine Zahlung bei Ihnen eintrifft, schicken Sie mir die KKH Plus-Card zu.

Die Vorauszahlung ist ein freiwilliges Angebot für Versicherte, die schon vorher wissen, dass ihre Zuzahlungen über der Belastungsgrenze liegen werden. Geleistete Vorauszahlungen können wir später nicht mehr erstatten.

### 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 2027

Art der Einnahmen	Trifft zu	versicherte Person	Ehegatte/ Lebenspartner	Kind 1	Kind 2
<b>Renten/Pensionen</b>					
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	€	€	€	€
<b>Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen</b>					
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	€	€	€	€
<b>Entgeltersatzleistungen</b>					
Kranken-, Verletzten-, Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Kurzarbeiter-, Winterausfall-, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
Arbeitslosengeld 1	<input type="checkbox"/> Nein	€	€	€	€
<b>Sonstige Einnahmen</b>					
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