

ANTRAG AUF BEFREIUNG BEI ZAHNERSATZ

Name	Geburtsdatum	Versichertennummer
------	--------------	--------------------

Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte mein Familienmitglied _____ erhält
Name, Geburtsdatum, Versichertennummer

- Hilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Arbeitslosengeld II nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)
- Grundsicherung
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem dritten Sozialgesetzbuch (SGB III)
- Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

Bitte entsprechende Nachweise (z. B. Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (Ehepartner/-in und Kinder)

Name, Vorname	Geburtsstag	Wie verwandt?	Wie versichert?	Für die Krankenkasse
a)		Ehepartner/-in		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e)				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Einnahmen zum Lebensunterhalt – brutto –	Mitglied	Ehepartner/-in	Kinder		
Bitte Nachweise beifügen!	Monatlich in Euro				
	a)	b)	c)	d)	e)
Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)					
Renten (aus gesetzlicher oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttozahlbetrag angeben)					
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinnahmen					
Einkünfte aus selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> oder Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/>					
Sonstige Einkünfte ¹⁾ Bitte Art angeben:					
Eine Änderung der Einkommensverhältnisse ist in absehbarer Zeit zu erwarten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche/bei wem? Eine Änderung der Einkommensverhältnisse werde ich der Krankenkasse mitteilen.					

1) Sonstige Einkünfte: Alle Einnahmen, die zum Lebensunterhalt bestimmt sind, z. B. Kranken- und Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt und Ähnliches. Nicht zu den Einnahmen gehören z. B. Grundrenten für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Kindergeld, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung usw. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen; sie können von den Bruttoeinnahmen des Zahlungspflichtigen abgezogen werden.

Geldinstitut	IBAN	BIC
--------------	------	-----

E-Mail* _____ *freiwillige Angabe

_____ Datum _____ Unterschrift _____ Telefon* _____ Mobil*

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Datenschutzhinweise:

Die VIActiv Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.