

# Befreiung von Zuzahlungen / Vorauszahlung

für das Kalenderjahr

## Angaben zur häuslichen Gemeinschaft - bei Berechnung berücksichtigt

	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Name der Krankenkasse	mkk			

## Änderungsmitteilung

Ich möchte folgende Änderungen melden:

## Angaben zur häuslichen Gemeinschaft - bei Berechnung berücksichtigt

Familienstand:

ledig                       verheiratet                       geschieden seit

verwitwet                       eingetragene Lebenspartnerschaft (gleichgeschlechtlich)

	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Name der Krankenkasse	mkk			
Besteht ein gemeinsamer Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine chronische Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Pflegegrad 3-5 vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich mein Einkommen bzw. meine Angehörigen verändert oder diese nicht mehr in meinem gemeinsamen Haushalt leben.



Ort, Datum und Unterschrift des Mitglieds

Bitte senden an:

per Post mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin, per E-Mail [info@meine-krankenkasse.de](mailto:info@meine-krankenkasse.de)