

**KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen**

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Antrag auf Übernahme der Zahnersatzkosten über den Festzuschuss hinaus

Bitte teilen Sie uns mit, welche der folgenden Einkommensarten Sie beziehen/bezogen haben – anzugeben sind alle Einkünfte, die Sie und gegebenenfalls Ihr Ehegatte und die im Haushalt lebenden Kinder beziehen. **Wir bitten Sie, die Einkommensnachweise/ Anpassungsmittelungen vollständig beizufügen, hierdurch vermeiden Sie Rückfragen.**

	Versicherter	Ehegatte	monatlicher Bruttobetrag
Renten der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Renten anderer in- oder ausländischer Versicherungsträger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versorgungsbezüge oder Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unfallrenten bzw. Renten nach dem BVG (Bitte fügen Sie bei Unfallrenten zusätzlich Nachweise über die Höhe der anerkannten Erwerbsminderung bei.) Falls ja: Grad der MdE	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	%	%	
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lohn/Gehalt aus einem Beschäftigungsverhältnis (Bitte zusätzlich Nachweise über die Höhe des Urlaubs-/Weihnachtsgeldes beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (sogenannte Minijobs)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Einkünfte (z. B. Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Anpassungsgeld, BAFöG, Leistungen zur Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe, Unterhaltszahlungen, Zinseinkünfte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Im gemeinsamen Haushalt leben außerdem folgende Angehörige (Ehegatte oder Kinder):	Beziehen diese eigenes Einkommen? (Belege beifügen!)	monatlicher Bruttobetrag
Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten	_____	_____
Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

