

Informationsblatt zu Ihrem Antrag auf doppelten Festzuschuss für Ihre Zahnersatz-Versorgung

Guten Tag,

die Betriebskrankenkasse Mobil Oil beteiligt sich grundsätzlich an einem geplanten Zahnersatz mit einem gesetzlich festgelegten befundbezogenen Festzuschuss (Regelversorgung).

Dieser Zuschuss erhöht sich um 20 %, wenn Sie in den letzten fünf Jahren mindestens einmal jährlich bei einer Vorsorgeuntersuchung waren. Können Sie sogar zehn Jahre Vorsorge nachweisen, erhöht sich unser Festzuschuss um weitere 10 %.

Daneben können wir Ihnen einen doppelten Festzuschuss gewähren, maximal in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten zur einfachen Regelversorgung. Den doppelten Festzuschuss erhalten Sie, wenn Ihre monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt die nachstehenden Grenzwerte nicht überschreiten oder Sie zu einem Personenkreis nach Nr. 2 (siehe Antrag) gehören.

Die monatlichen Grenzwerte betragen im Jahr 2019:

für Alleinstehende	1.246,00 Euro
mit einem Angehörigen	1.713,25 Euro
mit zwei Angehörigen	2.024,75 Euro
mit drei Angehörigen	2.336,25 Euro
für jeden weiteren Angehörigen	311,50 Euro.

Zu den Bruttoeinnahmen zählen auch die Einnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen.

Hierzu zählen Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, generell Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) und Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie familienversichert sind. Bitte beachten Sie, dass die Gewährung des maximalen Festzuschusses nicht generell für das Jahr 2019 gilt, sondern lediglich für eine aktuell geplante Versorgung mit Zahnersatz.

Senden Sie daher den Antrag bitte nur ausgefüllt und unterschrieben zurück, wenn eine Zahnersatzversorgung vorgesehen ist. Ebenso benötigen wir nochmals Ihren Heil- und Kostenplan.

Wurde bei Ihnen bereits eine Versorgung mit Zahnersatz durchgeführt? Dann senden Sie uns bitte den Antrag ausgefüllt und unterschrieben sowie Ihre Rechnung und Ihren Heil- und Kostenplan zu. Teilen Sie uns bitte zusätzlich Ihre Bankverbindung mit.

Hinweis: Bei dem beiliegenden Formular handelt es sich um einen Antrag. Ob wir Ihnen einen doppelten Festzuschuss gewähren, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

Die Erhebung der Daten beruht auf § 62 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 Abs. 1 SGB I und § 99 SGB X. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt.

Unser Serviceangebot für Sie

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern persönlich rund um das Thema. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf.

In unseren Service-Points sind wir montags bis freitags von 08:00 bis 17:00 Uhr für Sie da.

BKK Mobil Oil Burggrafstraße 1 29221 Celle	BKK Mobil Oil Martin-Behaim-Straße 8 63263 Neu-Isenburg
--	---

BKK Mobil Oil Hühnerposten 2 20097 Hamburg	BKK Mobil Oil Friedenheimer Brücke 29 80639 München
--	---

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns unter der kostenlosen Hotline 0800 255 0800.

Ihre **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**

Antrag auf doppelten Festzuschuss zum Zahnersatz

1. Personalien

Name, Vorname Geburtsdatum Krankenversichertenr.

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

2. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe

Ich erhalte mein Angehöriger _____ erhält
Name, Vorname und Geburtstag/Versichertennummer

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem

- Bundessozialhilfegesetz nach dem Bundesversorgungsgesetz
 Opferentschädigungsgesetz Soldatenversorgungsgesetz
 Arbeitslosengeld II (**Bitte nur ankreuzen, wenn das Arbeitslosengeld II im Monat vor Einreichen dieses Antrags bezogen wurde.**)

Ausbildungsförderung nach dem

- Bundesausbildungsförderungsgesetz Arbeitsförderungsgesetz
 Unterbringung in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung, getragen von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

Bitte alle entsprechenden Nachweise (zum Beispiel Bescheid der Sozialhilfeverwaltung) beilegen.

Wenn mindestens eine dieser Möglichkeiten (Nr. 2.) beim Mitglied zutrifft, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich.

3. Angaben zum gemeinsamen Familienhaushalt (Ehegatte/Kinder)

Name, Vorname	Geburtstag	Wie versichert? (Hauptmitglied/ familienversichert)	Von den Zuzahlungen befreit:
a) Ehegatte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Kind 1			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Kind 2			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Kind 3			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Antrag auf doppelten Festzuschuss zum Zahnersatz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversichertenr.

4. Einnahmen zum Lebensunterhalt – brutto –

Reichen Sie uns bitte immer alle Nachweise über Bezüge ein, die vor Einreichen des Heil- und Kostenplans lagen; bei schwankenden Bezügen aus den letzten 3 Monaten .	Mitglied	Ehegatte	Kinder			
	monatlich €					
		a)	b)	c)	d)	
Arbeitseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit (auch wenn nicht versicherungspflichtig)						
Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld, Direktversicherung)						
Renten (aus gesetzlicher oder privater Versicherung), Betriebsrenten und Pensionen (bitte Art und Bruttozahlungsbetrag angeben)						
Kapitalerträge (Zinsen, Dividenden usw.), Miet- und Pachteinahmen						
Einkünfte aus <input type="checkbox"/> selbstständiger Arbeit oder <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb						
Unterhaltsgeld						
Sonstige Einkünfte ¹ (bitte Art angeben; welche?)						
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.						
Füllt die Krankenkasse aus						
	← € insgesamt					

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Datenschutzhinweis

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Zahnersatz im Rahmen von § 55 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Datum

Telefonnr./E-Mail

Unterschrift des / der Versicherten

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, Elterngeld bis zu 300,00 Euro, BAföG, Leistungen der Pflegeversicherung. 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.