



Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

# VERLASSENSCHAFT - Antrag auf Auszahlung eines Rezeptgebührenguthabens

An die

**Aufgrund der Bestimmungen des dritten Teiles der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr beantrage ich die Auszahlung eines Rezeptgebührenguthabens nach dem Ableben der/des Versicherten:**

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| Name der/des Versicherten | Versicherungsnummer/Geburtsdatum |
| Zuletzt wohnhaft in       | Sterbedatum                      |

## Antragsteller/in

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Name der Antragstellerin/des Antragstellers | Versicherungsnummer/Geburtsdatum |
| Adresse                                     | Verwandtschaftsverhältnis *)     |

Ich nehme die umseitige Information zur Kenntnis und beantrage die Anweisung des durch Überschreitung der Rezeptgebührenobergrenze entstandenen Guthabens der/des Versicherten und erkläre,\*\*)

dass ich mit der/dem Versicherten zur Zeit ihres/seines Ablebens in häuslicher Gemeinschaft gelebt habe.

Ferner erkläre ich,\*\*)

dass ich die einzige bezugsberechtigte Person bin.

dass neben mir noch folgende Person/en bezugsberechtigt ist/sind:

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| Name    | Versicherungsnummer/Geburtsdatum |
| Adresse |                                  |
| Name    | Versicherungsnummer/Geburtsdatum |
| Adresse |                                  |

Bitte überweisen Sie das Guthaben an folgende Bankverbindung:

|      |                 |
|------|-----------------|
| IBAN |                 |
| BIC  | Kontoinhaber/in |

\*) Zutreffendes (z.B. Ehegattin, Ehegatte, Vater, Mutter, Sohn, Tochter, Bruder, Schwester, ..... ) bitte anführen!

\*\*\*) Zutreffendes bitte ankreuzen!

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## INFORMATION

Ist im Zeitpunkt des Ablebens einer/eines Versicherten ein Rezeptgebührenguthaben aufgrund Überschreitung der Obergrenze noch nicht ausgezahlt, so haben nacheinander folgende Angehörige Anspruch auf dieses Guthaben, sofern sie mit der/dem Versicherten zur Zeit ihres/seines Ablebens in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben (§ 18 der „Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr“ in Verbindung mit § 107a ASVG):

1. Die Ehegattin bzw. der Ehegatte,
2. die leiblichen Kinder,
3. die Wahlkinder,
4. die Stiefkinder,
5. die Schwiegerkinder gem. § 73 Abs. 1 BSVG
6. die Eltern,
7. die Geschwister.

Steht der Anspruch auf das Rezeptgebührenguthaben mehreren Kindern, den Eltern oder mehreren Geschwistern der/des Verstorbenen zu, so sind sie zu gleichen Teilen bezugsberechtigt (§ 107a Abs. 1 ASVG, § 50 Abs. 1 B-KUVG, § 77 Abs. 1 GSVG, § 73 Abs. 1 BSVG).

Rezeptgebührenguthaben, die mangels bezugsberechtigter Personen in den Nachlass fallen, werden an die im Zuge des Verlassenschaftsverfahrens mittels Gerichtsbeschlusses namhaft zu machenden Verfügungsberechtigten ausgezahlt.