AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
FB Beitragseinzug
04087 Leipzig

Angaben zur Firma/Arbeitgeber

Name, Vorname:	
Firma:	
geboren am:	
Anschrift:	
Telefonnummer*:	
E-Mail*:	
Betriebsnummer:	
Nr. Handelsregister:	
Bankverbindung:	

Antrag auf Ratenzahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Die rückständigen Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie Säumniszuschläge und Kosten bis einschließlich Beitragsmonat _____ (*bitte Monat angeben) werden* in monatlichen Raten ausgeglichen und folgender Zahlungsvorschlag wird unterbreitet:

Der Rückstand wird in Raten – siehe unten (Dauer max. sechs Monate) in Höhe von EUR, beginnend ab _____ *(bitte Monat angeben – spätestens im Folgemonat)* zum

❑ 01. des Monats

❑ 15. des Monats

❑ zur Fälligkeit des laufenden Monats

❑ 30. des Monats

in

❑ wöchentlichen Raten

❑ 14-tägigen Raten

❑ monatlichen Raten gezahlt.

❑ Überweisung der Raten zum Fälligkeitstermin.

Unser Tipp: Wir empfehlen Ihnen, Ihrer Bank einen SEPA-Dauerauftrag zu erteilen.

❑ Bitte setzen Sie die Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren für die Zeit der

Ratenzahlung aus.

☐ Bitte kontaktieren Sie mich. Vielen Dank.

☐ Sonstige Bemerkungen: _____

Für die Zeit der Ratenzahlung berechnen wir Säumniszuschläge von 1,0 v. H.

Zahlen Sie eine Rate oder neu fällig werdende Beiträge nach Abschluss einer Vereinbarung nicht, wird diese ungültig.

Datum_____ Ort _____

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke des rechtmäßigen und fristgerechten Einzuges Ihrer Beiträge nach § 10 und 11 BVSzGs erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Durch fehlende Mitwirkung sind Vollstreckungsmaßnahmen unvermeidlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z. B. IT-Dienstleister) sein. Die mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Dresden, wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: service@plus.aok.de. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/plus/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an: Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden oder per E-Mail unter datenschutz@plus.aok.de.