

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen über der Belastungsgrenze

1. Persönliche Angaben - bitte die fehlenden Angaben ergänzen

KV-Nummer: _____

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Vorwahl, Rufnummer
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartner <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Name des Geldinstituts	IBAN	
Kontoinhaber		
Hausarzt bzw. behandelnder Arzt	Anschrift	

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes.
- Ich erhalte Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (**ALG II**)
- Ich erhalte Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung

Bitte fügen Sie die entsprechenden Bescheide in Kopie bei.

2. Einnahmen zum Lebensunterhalt

In meinem Haushalt leben folgende Personen*					Jährliche Brutto- einnahmen zum Lebensunterhalt (gesamt) in EUR
	Name	Vorname	Krankenkasse	Geb.-Datum	
*Zum gemeinsamen Haushalt gehören auch Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, die dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben					
Versicherter	siehe oben	siehe oben	siehe oben	siehe oben	
Ehegatte/Lebenspartner					
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					

3. Behandlungsprogramm AOK-Curaplan

Bei _____ besteht eine oder bestehen mehrere der genannten Diagnosen:

Koronare Herzkrankheit Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2
 Brustkrebs Chronische Atemwegserkrankung (Asthma, COPD)
 Ich möchte nähere Informationen zur kostenlosen Teilnahme an AOK-Curaplan erhalten.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK Bayern mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bestätige, dass bestehende Forderungen der AOK aufgerechnet werden sollen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m § 62 SGB V zum Zwecke der Prüfung der Ermittlung der Belastungsgrenze und zur Erbringung von Leistungen verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Entrichtung oder Erstattung von Zuzahlungen führen (§ 66 SGB I). Die Beantwortung der Fragen zum Behandlungsprogramm AOK-Curaplan und die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen. Sofern die Vorlage von Kontoauszügen oder Steuerbescheiden (in Kopie) erfolgt, können die für den Sachverhalt nicht relevanten Posten und Daten geschwärzt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.