

2019

## Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname	KV-Nummer, Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift		Telefonnummer *
Geldinstitut	BIC	IBAN
Kontoinhaber (Name, Vorname, nur wenn abweichend vom Antragsteller)		
Adresse des Kontoinhabers		

### 1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

	Name, Vorname	KV-Nr. / Geburtsdatum	Krankenkasse
Antragsteller			AOK Hessen
Ehegatte/ Lebenspartner**			
Kind			
Kind			
Kind			

Mein Ehegatte/ Lebenspartner\*\* wohnt in einem Pflegeheim und bezieht Leistungen der Pflegeversicherung.

\*\* ) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

**2. Meine gesamten Bruttoeinnahmen und die aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag). Die Belege habe ich beigelegt.**

**3. Die mir vorliegenden namentlichen Zuzahlungsbelege habe ich im Original diesem Antrag beigelegt.**

Den Betrag bis zur Erreichung der Belastungsgrenze kann die AOK Hessen einmalig von meinem Bankkonto einziehen. Die dafür erforderliche Erklärung „SEPA-Lastschriftmandat“ füge ich bei. Die notwendige Deckung ist auf meinem Konto vorhanden. Evtl. entstehende Rücklastschriftgebühren werden von mir getragen.

**Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zu den Einnahmen) gemachten Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der AOK eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Einen evtl. errechneten Erstattungsbetrag überweisen Sie bitte auf das oben angegebene Girokonto.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Versicherten

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Befreiung von Zuzahlungen und Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z.B. zu einer erhöhten Belastungsgrenze führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

**Nur durch die AOK auszufüllen:**

Ausweis ausgestellt       BESO-Merkmale in Fachinfo erfasst

\_\_\_\_\_  
Datum und Organnummer

# AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

## Erklärung zum Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/ auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname	KV-Nr., Geburtsdatum
---------------	----------------------

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Nachweise sind beigefügt)	Die Bruttoeinnahmen (EUR) werden bezogen vom/von:				
Einkunftsart	Zahlungsweise (jährlich, halb-, vierteljährlich, monatlich)	Versi- cherten	Ehegatten/ Lebenspart- ner**	Kind _____ (Name)	Kind _____ (Name)
<b>Arbeitseinkommen</b> - Selbstständige Tätigkeit/Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/>	_____				
<b>Arbeitsentgelt</b> - Lohn/Gehalt (inkl. geringfügige Beschäftigung) <input type="checkbox"/> - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/>	_____ _____				
<b>Renten/Pensionen/u. a.</b> - aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> - aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> - aus privater Lebensversicherung <input type="checkbox"/> - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen, Betriebsrenten <input type="checkbox"/> - von ausländischen Rentenversicherungsträgern oder -stellen <input type="checkbox"/> - Rente nach dem BVG <input type="checkbox"/> - Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				
<b>Erträge</b> - Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> - Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/>	_____ _____				
<b>Entgeltersatzleistungen</b> - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> - Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> - Mutterschaftsgeld / Elterngeld, Arbeitgeberzuschuß zum Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____				
<b>Sonstiges</b> - Kostenübernahme bzw. Zuschuss zu der Heimunterbringung durch einen Sozialhilfeträger/ Landeswohlfahrtsverband <input type="checkbox"/> - Arbeitslosengeld II / ALG II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> - Sozialhilfe <input type="checkbox"/> - Grundsicherung <input type="checkbox"/> - Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> - weitere sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____				

\*\*) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

AOK-Die Gesundheitskasse  
in Hessen  
Basler Str. 2  
61352 Bad Homburg

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen

DE65AOK00000018490

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

- Mandat für einmalige Zahlung zum Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für 2019
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Kontoinhaber:

--

BIC

--

IBAN

--

Bezeichnung des Kontoinhaber

--

KV-Nummer

--

Anschrift des Kontoinhabers

Straße Haus-Nr.

--	--

Postleitzahl Ort

--	--

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

**Bitte nur ausfüllen, wenn der Zahlungspflichtige vom Kontoinhaber abweicht:**

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name des Zahlungspflichtigen	Vorname
Ordnungsbegriff (z.B. Betriebsnummer/KV-Nummer)	

Ich werde die AOK Hessen informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.

**Bitte senden Sie uns den Vordruck unterschrieben und im Original zurück.**

MANDAT\_01\_PK\_