

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.

58079 Hagen

Antrag auf teilweise Erstattung und Befreiung von Zuzahlungen

Name, Vorname der Versicherten

Geburtsdatum/Versichertennummer.

Anschrift

Telefon-Nr.

Familienstand

ledig

verheiratet

getrennt lebend seit _____

geschieden seit _____

verwitwet

Lebenspartnerschaftsgemeinschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG)

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name des Geldinstituts

Ich habe/Wir haben Zuzahlungen

im Kalenderjahr _____ in Höhe von _____ Euro geleistet.

Nachweise über die Zuzahlungen sowie Belege über das Familieneinkommen sind beigelegt. Berücksichtigt werden nur gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen. Nicht berücksichtigt werden z. B. Privatrezepte, Eigenanteile bei Zahnersatz oder Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung, die nicht genehmigt worden sind.

Die bereits nachgewiesene ärztlich festgestellte chronische Erkrankung besteht weiterhin.

Ich erhalte Arbeitslosengeld II.

Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Ich erhalte Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung.

Ich erhalte Pflegegeld.

Die Kosten für meine Unterbringung in einem Heim oder Einrichtung werden ganz oder teilweise von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz getragen.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Versicherter: _____ Versichertennummer: _____
Name, Vorname

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen _____ Euro.

In meinem Haushalt leben noch folgende Personen:

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse, sofern nicht bei der AOK NORDWEST versichert	Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Euro
Ehegatte					
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Kind 4					

Für die erforderlichen Einzelangaben bitten wir, die beigefügte Erklärung zu verwenden.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung zum Zwecke der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 60 SGB I und § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Auskunft führt dazu, dass wir Ihren Antrag nicht bearbeiten können. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund kontakt@nw.aok.de oder unseren Datenschutzbeauftragten unter Datenschutz@nw.aok.de.

Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage