

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr^{*)}

^{*)} Bitte tragen Sie hier das Jahr ein, für das Sie die Befreiung von Zuzahlungen beantragen.

- Ich möchte meine Belastungsgrenze im Voraus zahlen.
- Ich möchte den – bis zu meiner Belastungsgrenze – Restbetrag im Voraus zahlen.
- Ich möchte die Erstattung von zu viel geleisteten Zuzahlungen.

Persönliche Angaben

Name der/des Versicherten Geburtsdatum Krankenversicherungsnummer

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Wohnort Telefonnummer für Rückfragen

Ich bin: ledig verheiratet in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend^{*)}
 geschieden seit getrennt lebend seit verwitwet

^{*)} Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Personen im Haushalt

Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Versicherte/r			AOK NORDWEST

**Ehepartner/in oder
Lebenspartner/in**

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Die Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt für den Familienverbund sind auf der beiliegenden Erklärung angegeben. Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt.

Ich gehöre zu einem der folgenden Personenkreise (bitte Zutreffendes ankreuzen) und lege dem Antrag eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei:

- Ich erhalte Arbeitslosengeld II.
- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge 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 Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz getragen.

Chronische Erkrankung

- Die bereits ärztlich festgestellte chronische Erkrankung besteht weiterhin.
oder
- Bei _____ besteht
- eine chronische Erkrankung. Ein Nachweis (Muster 55) liegt bei.
 - Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 3 oder Teilnahme an AOK-Curaplan.

Nachweise und Angaben

Nachweise über die gesetzlich geleisteten Zuzahlungen sowie Belege über das Familieneinkommen sind beigelegt.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK NORDWEST mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bestätige, dass bestehende Forderungen der AOK NORDWEST aufgerechnet werden sollen. Eine Rückzahlung oder auch eine Teilrückzahlung der geleisteten Vorauszahlung durch die AOK NORDWEST ist nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/-in

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.

Erklärung zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt

Name der/des Versicherten

Krankenversicherungsnummer

Berücksichtigt werden alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt der Familie bestritten wird. Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und Nachweise beifügen. Danke schön!

Einkunftsart	Zu den Einnahmen gehören:	Versicherte/-r	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kinder (gesamt)
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen		EUR	EUR	EUR
• Gehalt, Lohn, Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Einmalzahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Land- oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Entgeltersatzleistungen				
• Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Pflegegeld, Heimunterbringungskosten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Kurzarbeiter-, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erträge				
• Pacht-und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Renten und Pensionen				
• Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Hinterbliebenenrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Rente aus der gesetzl. Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Rente aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Betriebsrente, Versorgungsbezüge, Ruhegehalt, Pension	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstiges				
• Sachbezüge (z.B. mietfreies Wohnen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben im Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen und der Erklärung zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass Änderungen der Verhältnisse unverzüglich der AOK NORDWEST mitzuteilen sind. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bestätige, dass bestehende Forderungen der AOK NORDWEST aufgerechnet werden sollen. Eine Rückzahlung oder auch eine Teilrückzahlung der geleisteten Vorauszahlung durch die AOK NORDWEST ist nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/-in

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.

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Erstattung von zu viel geleisteten Zuzahlungen nach § 62 SGB V

Name der/des Versicherten Geburtsdatum Krankenversicherungsnummer

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Wohnort Telefonnummer für Rückfragen

Ich bitte Sie, die Erstattung auf folgendes Konto vorzunehmen:

Name des Kreditinstituts BIC

IBAN

Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in, falls abweichend

Die oben genannte Bankverbindung soll folgendermaßen verwendet werden:

- Die Bankverbindung gilt nur für **diese** Erstattung.
- Die Bankverbindung gilt für **diese** und **alle** zukünftigen Erstattungen/Auszahlungen der AOK NORDWEST.
- Die alte(n), bei der AOK NORDWEST gespeicherten Bankverbindungen, sollen beendet und nur noch die oben genannte Bankverbindung genutzt werden. Dies gilt für alle Erstattungen/Auszahlungen der AOK NORDWEST.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK NORDWEST mitzuteilen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/-in