

Erstattungsantrag aus dem AOK-Gesundheitskonto für zusätzliche Impfleistungen

Daten des Leistungsempfängers:

Bitte tragen Sie als Leistungsempfänger den tatsächlichen Nutzer der Leistung ein. Wurde die Leistung von einem Kind genutzt, tragen Sie bitte die Daten des Kindes als Leistungsempfänger ein.

Name, Vorname	Versichertennummer
Straße Haus-Nr.	PLZ Ort
Telefon-Nr., E-Mail-Adresse (Diese Angaben sind freiwillig, erleichtern aber kurzfristige Rückfragen in Ihrem Sinne)	

Die AOK erstattet die Kosten für öffentlich durch das Robert Koch- Institut, das Auswärtige Amt oder in den ärztlichen Leitlinien empfohlene Schutzimpfungen zur primären Prävention von Krankheiten, wenn diese durch Ärzte erbracht werden und soweit die Leistungen nicht Inhalt des § 20i Abs. 1 SGB V oder des § 8 der Satzung sind oder die Zuständigkeit anderer Kostenträger gegeben ist.

Sie können im Kalenderjahr bis zu 200,00 Euro Zuschuss zu den Kosten für zusätzliche Impfleistungen erhalten. Der Zuschuss darf jedoch die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

Rechnungsdatum _____

Rechnungsbetrag _____ Euro

- ✓ In der Anlage reiche ich meine ärztliche Verordnung und die Rechnung der Apotheke/des Arztes ein.
- ✓ Der Zahlungsbeleg wird in der Anlage eingereicht (z.B. Kontoauszug, Quittung)

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Girokonto:

Name des Kreditinstituts _____

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma)

Frau Herr Firma/Sonstige

Adresse (falls abweichend vom Zahlungsempfänger) _____

IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen

Das Konto soll bis auf Widerruf einmalig genutzt werden.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kostenerstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen aus dem AOK-Gesundheitskonto nach § 11 Abs. 6 und § 65a Abs. 1 SGB V sowie § 46 SGB IX. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Datum, Ort	Unterschrift des Versicherten/ gesetzlicher Vertreter und ggf. abweichenden Kontoinhabers
------------	---