

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
14456 Potsdam

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon

E-Mail

Krankenversichertennummer

### Antrag auf Stundung der studentischen Beiträge im Rahmen der Corona-Pandemie

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin von den Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen und kann aus wirtschaftlichen Gründen zurzeit meine Beiträge nicht zahlen. Ich beantrage deshalb die Stundung meiner Beiträge zur studentischen Kranken- und Pflegeversicherung.

#### Meine monatlichen Einkünfte:

- Lohn/Gehalt (Nettobezüge) \_\_\_\_\_ EUR
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit \_\_\_\_\_ EUR
- Sonstige Einkünfte (z.B. BaföG) \_\_\_\_\_ EUR

⇒ Bitte fügen Sie Nachweise über Ihre Einkommensverhältnisse bei!

#### Angaben zur Zahlung der gestundeten Beiträge

- Die gestundeten Beiträge zahle ich bis spätestens \_\_\_\_\_ in einer Summe.
- Die gestundeten Beiträge möchte ich in monatlichen Raten zahlen. Die erste Rate zahle ich bis spätestens \_\_\_\_\_ ggf. zusätzlich zu meinem laufenden Beitrag.

Die Ratenzahlung beantrage ich für \_\_\_\_\_ Monate. (Hinweis: maximal für 12 Monate möglich)

Bei einer Laufzeit über den 31.12.2020 hinaus bitte eine Begründung angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Vereinbarung zur Ratenzahlung erlischt, wenn die monatlichen Raten zuzüglich des laufenden Beitrags nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt werden.

Änderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen teile ich der AOK Nordost umgehend mit. In diesem Fall ist die AOK Nordost berechtigt, die Ratenzahlungsvereinbarung zu beenden oder die monatlichen Raten angemessen anzupassen.

→ Fortsetzung der Angaben auf Seite 2

Seite 2 zum Stundungsantrag, Krankenversicherturnummer: \_\_\_\_\_

- Die monatlichen Raten können ggf. zusammen mit dem laufenden Beitrag von dem Ihnen bekannten Konto zum jeweiligen Fälligkeitstermin eingezogen werden.
- Die monatlichen Raten überweise ich ggf. zusammen mit dem laufenden Beitrag zum jeweiligen Fälligkeitstermin selbst.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds oder gesetzlichen Vertreters

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V bzw. § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung Ihres Stundungsantrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I, § 206 SGB V bzw. § 99 SGB X erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann Ihr Stundungsantrag nicht bewilligt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).