

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
14456 Potsdam

Name, Vorname
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Wohnort
Telefon
E-Mail
Krankenversichertennummer

**Antrag auf Herabsetzung und Stundung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie-Situation in Deutschland bin ich angesichts deutlicher Umsatz- und Gewinneinbrüche in erhebliche Liquiditätsschwierigkeiten geraten. In der Folge bin ich momentan nicht in der Lage, meiner Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge nachzukommen.

- Mein voraussichtliches Arbeitseinkommen/meine voraussichtlichen Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung beträgt/betragen monatlich \_\_\_\_\_ EUR. Ich beantrage die Herabsetzung meiner monatlichen Beiträge.
- Mein Arbeitseinkommen/meine Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung entfällt/entfallen vollständig. Ich beantrage die Herabsetzung meiner monatlichen Beiträge.

Folgende seitens des Bundes und der Länder zur Verfügung gestellten Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen in Form von Fördermitteln und ergänzenden Krediten habe ich in Anspruch genommen:

- Soforthilfe für Solo-Selbstständige und Kleinstunternehmen
- Steuerliche Liquiditätshilfen
- Sonstige Unterstützungs- und Hilfeleistungen (bspw. Leistungen aus Programmen des jeweiligen Bundeslandes, bitte ggf. Benennung der Leistungen auf gesondertem Blatt)
- Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen wurden abgelehnt oder nicht beantragt. Zur Wiederherstellung meiner Zahlungsfähigkeit habe ich folgende Maßnahmen getroffen:


→ Fortsetzung der Angaben auf Seite 2

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

**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.

- 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).