

Antrag auf Nacherstattung von bereits geleisteten Zuzahlungen für das

Kalenderjahr

Name

Vorname

Versichertennummer

Anschrift

Ich beantrage die Erstattung von bereits geleisteten Zuzahlungen. Eine Befreiung von Zuzahlungen habe ich von der AOK Nordost für das beantragte Kalenderjahr bereits erhalten.

Folgende Belege werden eingereicht:

Ausstellungsdatum der Quittung

Zuzahlungsbetrag*

*Ausschließlich gesetzliche Zuzahlungen nach § 61 SGB V werden berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Eigenanteile, z.B. für orthopädische Schuhe, Privatrezepte sowie Mehrkosten, die medizinisch nicht notwendig sind oder vertraglich vereinbarte Vergütungen mit dem Leistungserbringer überschreiten. Die Zuzahlungsnachweise sind im Original beizufügen. Bitte tragen Sie den Betrag der bereits geleisteten gesetzlichen Zuzahlungen ein.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle angegebenen Zuzahlungen zu diesem Antrag tatsächlich geleistet wurden. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Ich bin damit einverstanden, dass offene Forderungen der AOK Nordost mit dem an mich zu zahlenden Erstattungsbetrag aufgerechnet werden. Sofern ich statt Originalbelege Kopien mit diesem Antrag einreiche, kann ich diese im Rahmen der gesetzlichen Verjährung auf Verlangen jederzeit für Prüzzwecke im Original vorlegen.

Datenschutzhinweise:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsentscheidung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Versicherter

Mitteilung Bankverbindung

Versichertennummer

Nachname

Vorname

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Girokonto:

| | |
|---|--|
| Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige) | |
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige | |
| | |
| Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungsempfänger) | |
| | |
| Postleitzahl und Ort (falls abweichend vom Zahlungsempfänger) | |
| | |
| IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen) | Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen ! |
| | |
| BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen) | Kreditinstitut |
| | |

* Die Angabe des BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

Datum

Unterschrift **Zahlungsempfänger**,
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer
oder Bevollmächtigter

Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

Telefon

Telefon

Hinweis zum Datenschutz: Die Daten werden nur für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Angabe der Telefonnummer für eventuelle Rückfragen ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.