

| | | |
|--|---------|-----------------------|
| Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen 2020 | | |
| Antragsteller | | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Postleitzahl Wohnort, Straße Hausnummer | | Versichertennummer |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. | | Vorwahl/Telefonnummer |

| | |
|---|--|
| Bankverbindung Antragsteller: | |
| Name des Geldinstituts | |
| IBAN | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| BIC | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Kontoinhaber ist nicht Antragsteller <input type="checkbox"/> | |
| Name, Vorname und vollständige Anschrift des abweichenden Kontoinhabers | |

| | |
|---|--|
| Bankverbindung Ehe-/Lebenspartner: | |
| Bankverbindung wie Antragsteller <input type="checkbox"/> | |
| Name des Geldinstituts | |
| IBAN | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| BIC | <input style="width:100%;" type="text"/> |

| | |
|---|--|
| Bankverbindung Kind: | |
| Bankverbindung wie Antragsteller <input type="checkbox"/> | |
| Name des Geldinstituts | |
| IBAN | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| BIC | <input style="width:100%;" type="text"/> |

| | | | | | |
|---|-------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige | | | | | |
| Ehe-/Lebenspartner werden auch berücksichtigt, wenn sie dauerhaft in Pflegeeinrichtungen leben. Kinder werden berücksichtigt, wenn sie unter 18 Jahre alt oder familienversichert sind. | | | | | |
| | Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Versichertennummer |
| Ehe-/Lebenspartner | | | | | |
| Kind | | | | | |
| Kind | | | | | |
| Kind | | | | | |

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zum Zwecke der Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I i. V. m. § 99 SGB X bei Auskunftspflichten von Angehörigen oder Unterhaltspflichtigen erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Entscheidung über die Befreiung von Zuzahlungen führen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

| | | | |
|---|--|---|--|
| Wird von der AOK PLUS ausgefüllt | | | |
| Bearbeitung zugesichert bis: | | Befreiungsausweis ausgestellt (am/von): | |

| Einnahmen zum Lebensunterhalt | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bitte Zutreffendes ankreuzen und Kopien aller Nachweise beifügen . | | | | | |
| Es werden alle Brutto-Einnahmen des Familienverbundes im Kalenderjahr berücksichtigt, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. | | | | | |
| zum Antrag von: | | Versichertennummer: | | | |
| Art der Einnahmen, z. B.: | Versicherter | Ehe-/Lebenspartner | Kind | Kind | Kind |
| Renten/Pensionen | | | | | |
| ▪ Renten/Pensionen z. B. Alters-, Hinterbliebenen-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungsrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Unfallrenten und Erwerbsminderungs-Grad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % | _____ % |
| ▪ aus Versorgungs- u. Zusatzversorgungskassen/Betriebsrente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ aus privater Versicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitseinkommen/Arbeitsentgelt | | | | | |
| ▪ Lohn/Gehalt (auch aus Minijobs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Einmalzahlungen z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, Prämien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ aus selbstständiger Tätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entgeltersatzleistungen | | | | | |
| ▪ Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erträge | | | | | |
| ▪ Pacht-/Mieteinnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Zinsen aus Kapitalvermögen | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Sonstiges | | | | | |
| ▪ Unterhalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sozialhilfe z. B. Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Barbetrag bei Heimunterbringung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ sonstige Einnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keine Einnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK PLUS mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Habe ich an alles gedacht?

- Vorder- und Rückseite des **Antrags** vollständig ausgefüllt und **unterschrieben**
- Bankverbindung** überprüft und ggf. korrigiert
- Kopien** aller Nachweise der **Einnahmen**
- Originale** der Quittungen/Rechnungen mit Kontoauszug über bereits geleistete **Zuzahlungen**
- _____