

2025

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen

Name, Vorname _____ KV-Nummer _____ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
 Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

Anschrift _____ Telefonnummer* _____

Geldinstitut _____ BIC _____ IBAN _____

Kontoinhaber/Kontoinhaber (Name, Vorname nur wenn abweichend von antragstellender Person) _____

Adresse Kontoinhaber/Kontoinhaber _____

1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

	Name, Vorname	KV-Nr. / Geburtsdatum	Krankenkasse
Antragsteller/-in		/	AOK Hessen
Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in**		/	
Kind		/	
Kind		/	
Kind		/	
Kind		/	

☐ Mein/Meine Ehepartner/-in bzw. Lebenspartner/-in** wohnt in einem Pflegeheim und bezieht Leistungen der Pflegeversicherung.
 **Paare in einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

2. Meine gesamten Bruttoeinnahmen und die aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ergeben sich aus dem Bogen Nr. 2 (Erklärung zum Antrag). Die Belege habe ich beigelegt.

3. Die mir vorliegenden namentlichen Zuzahlungsbelege habe ich im Original diesem Antrag beigelegt.

☐ Den Betrag bis zur Erreichung der Belastungsgrenze kann die AOK Hessen einmalig von meinem Bankkonto einziehen. Die dafür erforderliche Erklärung „SEPA-Lastschriftmandat“ füge ich bei. Die notwendige Deckung ist auf meinem Konto vorhanden. Evtl. entstehende Rücklastschriftgebühren werden von mir getragen.

Ich versichere die Richtigkeit der in Blatt 1 und Blatt 2 (Erklärung zu den Einnahmen) gemachten Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich der AOK eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten _____

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Befreiung von Zuzahlungen und Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z. B. zu einer erhöhten Belastungsgrenze führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Nur durch die AOK Hessen auszufüllen:

☐ Ausweis ausgestellt und Merkmale erfasst _____
 Datum und Organummer _____

2025

Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen

Name, Vorname

KV-Nummer

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Nachweise sind beigelegt)		Die Bruttoeinnahmen (EUR) verteilen sich wie folgt:			
Einkunftsart	Zahlungsweise (jährlich, halb-, vierteljährlich, monatlich)	Versicherte/-r	Ehepartner/-in bzw. Lebens- partner/-in**	Kind (Name)	Kind (Name)
Arbeitseinkommen - Selbstständige Tätigkeit/Land- und Forstwirtschaft ☐					
Arbeitsentgelt - Lohn/Gehalt (inkl. geringfügige Beschäftigung) ☐ - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) ☐					
Renten/Pensionen/u. a. - aus der gesetzlichen Rentenversicherung ☐ - aus der gesetzlichen Unfallversicherung ☐ - aus privater Lebensversicherung ☐ - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungs- kassen, Betriebsrenten ☐ - von ausländischen Rentenversicherungs- trägern oder -stellen ☐ - Rente nach dem BVG ☐ - Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld ☐					
Erträge - Pacht- und/oder Mieteinnahmen ☐ - Zinsen aus Kapitalvermögen ☐					
Entgeltersatzleistungen - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld ☐ - Arbeitslosengeld ☐ - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld ☐ - Mutterschaftsgeld / Elterngeld, Arbeitgeber- zuschuß zum Mutterschaftsgeld ☐					
Sonstiges - Kostenübernahme bzw. Zuschuss zu der Heim- unterbringung durch einen Sozialhilfeträger/ Landeswohlfahrtsverband ☐ - Bürgergeld ☐ - Sozialhilfe ☐ - Grundsicherung ☐ - Wohngeld ☐ - Unterhalt, Unterhaltsleistungen ☐ - weitere sonstige Einkünfte ☐					

**) Paare in einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Hinweis:

**Bitte fügen Sie die vollständigen und kopierten Einkommensbelege diesem Antrag bei.
Die Unterlagen werden nach der elektronischen Archivierung vernichtet.**

LEI135 – 01.01.2025 Internet

Blatt 2

