

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen für das Kalenderjahr _____

- Ich möchte meine Belastungsgrenze im Voraus zahlen.
- Ich möchte den – bis zu meiner Belastungsgrenze – Restbetrag im Voraus zahlen.
- Ich möchte die Erstattung von zu viel geleisteten Zuzahlungen.

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Krankenversicherungsnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin: ledig verheiratet in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend*)
 geschieden seit _____ getrennt lebend seit _____ verwitwet

*) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

Personen im Haushalt

	Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Versicherte/r	_____	_____	AOK NordWest
Ehepartner/in oder Lebenspartner/in	_____	_____	_____
Kind 1	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____

Krankenversicherungsnummer _____

Einnahmen zum Lebensunterhalt

- Ich erhalte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz.
- Ich erhalte Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung.
- Ich erhalte Pflegegeld.
- Die Kosten für meine Unterbringung in einer Einrichtung werden ganz oder teilweise von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz getragen.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören die nachstehenden Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt der Familie bestritten wird. Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt:

Einkunftsart	Zu den Einnahmen gehören:	Versicherte/-r	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kinder (gesamt)
Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen		EUR	EUR	EUR
• Gehalt, Lohn, Selbständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Einmalzahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien oder Abfindung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Land- oder Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
Entgeltersatzleistungen				
• Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Kurzarbeiter-, Insolvenzgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
Erträge				
• Pacht-und/oder Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Zinsen aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
Renten und Pensionen				
• Altersrente, ausländische Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Hinterbliebenenrenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Rente aus der gesetzl. Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Rente aus privater Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Betriebsrente, Versorgungsbezüge, Ruhegehalt, Pension	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
Sonstiges				
• Sachbezüge (z.B. mietfreies Wohnen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____
• Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____	_____	_____

Krankenversicherungsnummer _____

Chronische Erkrankung

 Die bereits ärztlich festgestellte chronische Erkrankung besteht weiterhin.

oder

Bei _____ besteht

- eine chronische Erkrankung und ein Nachweis (Muster 55) liegt bei.
- Pflegebedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 3 oder Teilnahme am AOK-Curaplan besteht.

Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung einer möglichen Erstattung auf folgendes Konto:

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in, falls abweichend

Nachweise und Angaben

Nachweise über die gesetzlich geleisteten Zuzahlungen und dazugehörige Zahlungsnachweise (z. B. Kontoauszüge) sowie Belege über das Familieneinkommen sind beigelegt. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich Änderungen der Verhältnisse unverzüglich der AOK NordWest mitteile.
- ich zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.
- bestehende Forderungen der AOK NordWest aufgerechnet werden sollen.
- eine Rückzahlung oder auch eine Teilrückzahlung der möglichen geleisteten Vorauszahlung durch die AOK NordWest nicht möglich ist.

Datenschutzhinweis

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. Ihre Auskunft ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Auskunft kann zu Nachteilen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Einwilligung zu Werbezwecken

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen – ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000 genügt.

Datenschutzhinweis: Unabhängig von Ihrem o. g. Antrag werden Ihre Daten zu Werbezwecken genutzt, wenn Sie o. g. Einwilligungserklärung ankreuzen und unterschreiben. Diese Datenerhebung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

Datum _____

Unterschrift Antragssteller/-in _____

Telefonnummer für Rückfragen _____