

2015

## Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/Antrag auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname		KV-Nummer, Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift		Telefonnummer	
Geldinstitut	BIC	IBAN	
Kontoinhaber (Name, Vorname, nur wenn abweichend vom Antragsteller)			
Adresse des Kontoinhabers			

### 1. Angaben zu den im Haushalt lebenden Angehörigen

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

Mein Ehegatte/ Lebenspartner\* wohnt in einem Pflegeheim und bezieht Leistungen der Pflegeversicherung.

\*) Gleichgeschlechtliche Lebenspartner 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. Einen evtl. errechneten Erstattungsbetrag überweisen Sie bitte auf das oben angegebene Girokonto.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Versicherten

**Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):**

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Befreiung von Zuzahlungen erforderlich (§ 62 SGB V). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

**Nur durch die AOK auszufüllen:**

Ausweis ausgestellt

BESO-Merkmale in Fachinfo erfasst

\_\_\_\_\_  
Datum und Organnummer

## Erklärung zum Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen/ auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlung

Name, Vorname	KV-Nr., Geburtsdatum
---------------	----------------------

Zu den Einnahmen eines Versicherten zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Zu meinen / unseren Bruttoeinnahmen gehören: (aktuelle Nachweise sind beigefügt)		Die Bruttoeinnahmen (EUR) werden bezogen vom/von:			
Einkunftsart	Zahlungsweise (jährlich, halb-, vierteljährlich, monatlich)	Versi- cherten	Ehegatten/ Lebenspart- ner*	Kind _____ (Name)	Kind _____ (Name)
<b>Arbeitseinkommen</b> - Selbstständige Tätigkeit/Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/>	_____				
<b>Arbeitsentgelt</b> - Lohn/Gehalt (inkl. geringfügige Beschäftigung) <input type="checkbox"/> - Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien) <input type="checkbox"/>	_____ _____				
<b>Renten/Pensionen/u. a.</b> - aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> - aus der gesetzlichen Unfallversicherung <input type="checkbox"/> - aus privater Lebensversicherung <input type="checkbox"/> - aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen, Betriebsrenten <input type="checkbox"/> - von ausländischen Rentenversicherungsträgern oder -stellen <input type="checkbox"/> - Rente nach dem BVG <input type="checkbox"/> - Ruhegehalt, Pensionen, Vorruhestandsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____				
<b>Erträge</b> - Pacht- und/oder Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> - Zinsen aus Kapitalvermögen <input type="checkbox"/>	_____ _____				
<b>Entgeltersatzleistungen</b> - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld <input type="checkbox"/> - Arbeitslosengeld I und II (Hartz IV) <input type="checkbox"/> - Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld <input type="checkbox"/> - Mutterschaftsgeld / Elterngeld, Arbeitgeberzuschuß zum Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____				
<b>Sonstiges</b> - Kostenübernahme der Heimunterbringung bzw. Zuschuss zu den Heimunterbringungskosten durch andere <input type="checkbox"/> - Sachbezüge (Unterkunft, Wohnung, Verpflegung) <input type="checkbox"/> - Unterhalt, Unterhaltsleistungen <input type="checkbox"/> - Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter) <input type="checkbox"/> - Grundsicherung bei Erwerbsunfähigkeit <input type="checkbox"/> - weitere sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____				

\*Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes

AOK-Die Gesundheitskasse  
in Hessen  
Basler Str. 2  
61352 Bad Homburg

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen

DE65AOK00000018490

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

#### Kontoinhaber:

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Bezeichnung des Kontoinhabers

Ordnungsbegriff (KV-Nummer)

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

#### Bitte nur ausfüllen, wenn der Zahlungspflichtige vom Kontoinhaber abweicht:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name des Zahlungspflichtigen

Vorname

Ordnungsbegriff (z.B. Betriebsnummer/KV-Nummer)

Ich werde die AOK Hessen informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.

MANDAT\_01\_PK\_