

| Persönliche Angaben  |                      |                         |                      |
|--|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| Name   | Vorname              | Geburtsdatum            | Versichertennummer   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |                         | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer   | PLZ, Wohnort         |                         | Telefonnummer*       |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |                      |                         |                      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    |                      |
| IBAN   | BIC                  | Name des Geldinstitutes |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                         |                      |
| Kontoinhaber   |                      |                         |                      |

| Einkommensverhältnisse und Zuzahlungen   |          |                            |         |         |         |         |     |
|--|----------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|-----|
| Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner <sup>1</sup> und die aufgeführten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.  |          |                            |         |         |         |         |     |
|  | Mitglied | Ehegatte/<br>Lebenspartner | 1. Kind | 2. Kind | 3. Kind | 4. Kind |     |
| Name   |          |                            |         |         |         |         |     |
| Vorname  |          |                            |         |         |         |         |     |
| Geburtsdatum   |          |                            |         |         |         |         |     |
| Jahres-Bruttoeinnahmen <sup>2</sup>  | EUR      | EUR                        | EUR     | EUR     | EUR     | EUR     | EUR |
| Sachbezüge <sup>3</sup>  | EUR      | EUR                        | EUR     | EUR     | EUR     | EUR     | EUR |
| Zuzahlungen <sup>4</sup>   | EUR      | EUR                        | EUR     | EUR     | EUR     | EUR     | EUR |
| Krankenkasse (Name/Sitz)   |          |                            |         |         |         |         |     |
| <sup>1</sup> im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes<br><sup>2</sup> Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören alle Bruttoeinnahmen im betreffenden Kalenderjahr, unabhängig von deren Steuerpflicht. Hierzu gehören z. B. Lohn und Gehalt – auch aus versicherungsfreier Beschäftigung – einschl. Sonderzahlungen (z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld) sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Betriebsrenten und Renten aus der gesetzlichen oder einer privaten Rentenversicherung, Mieteinnahmen, Zinserträge etc.<br><sup>3</sup> Zu den Sachbezügen gehören freie Kost und Wohnung, die vom Arbeitgeber gewährt werden. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z. B. freie Kost und/oder Wohnung).<br><sup>4</sup> Berücksichtigt werden die im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse entstandenen gesetzlichen Zuzahlungen. Nicht zu berücksichtigen sind Eigenbeteiligungen bei der Versorgung mit Zahnersatz. |          |                            |         |         |         |         |     |

Entsprechende Belege sind beigelegt (personenbezogene(s) Originalquittungen/Quittungsheft(e), Verdienstbescheinigung(en), Rentenbescheid(e), Steuerbescheid(e), Bescheid(e) über die Erträge aus Miete, Pacht, Kapital etc.).

Ich versichere die Richtigkeit dieser Angaben. Sie können jederzeit nachgeprüft werden. Mir ist bekannt, dass ich eine Änderung der Verhältnisse unverzüglich der AOK Rheinland/Hamburg mitteilen muss. Zu Unrecht bezogene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der o.g. Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ich möchte für das Jahr eine Vorauszahlung in Höhe meiner Belastungsgrenze leisten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit §§ 25 ff. SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

## Hinweise zur Befreiung von Zuzahlungen bei schwerwiegender chronischer Krankheit

AOK Rheinland/ Hamburg  
Die Gesundheitskasse

Für Versicherte, die sich wegen einer „schwerwiegenden chronischen“ Krankheit in „Dauerbehandlung“ befinden, ermäßigt sich die gesetzlich vorgesehene Eigenbeteiligung auf 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Als Bruttoeinnahmen ist hierbei mindestens der jeweils gültige Sozialhilferegelsatz zugrunde zu legen.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal, ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) **und** eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor

**oder**

- es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch diese Krankheit begründet sein muss

**oder**

- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund dieser Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Zum Nachweis reichen Sie uns bitte die „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des §62 SGBV“ von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt zurück.

Bitte fügen Sie - soweit vorhanden - den Bescheid über die Anerkennung des GdB bzw. der MdE bei.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
AOK Rheinland/ Hamburg  
Die Gesundheitskasse