

Antrag auf Ausgleich von Verdienstaussfall

Leistungsempfänger (Empfänger der Hauptleistung):

Name

Vorname

Anschrift

Versichertennummer

Telefonnummer

Antragsteller

Name

Vorname

Anschrift

Versichertennummer

Telefonnummer

Die Mitaufnahme einer Begleitperson ist/war medizinisch notwendig.	Name der Einrichtung:
stationäre Behandlung	
am/seit/vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>	

Bitte Bestätigung vom Krankenhaus/Arzt beifügen.

Dafür wird/wurde(n) in Anspruch genommen:

- ☐ tariflicher Sonderurlaub
- ☐ bezahlter Urlaub
- ☐ unbezahlter Urlaub
- ☐ Überstunden/ Mehrarbeitsstunden

vom bis

vom bis

vom bis

vom bis

Empfängerkonto

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf das Konto:

Geldinstitut

IBAN

BIC

Wenn Kontoinhaber nicht identisch mit Antragsteller, bitte Name und vollständige Anschrift angeben:

Name Kontoinhaber

Anschrift Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Hinweise

Die AOK PLUS ist berechtigt, den aus diesem Antrag ggf. entstehenden Erstattungsbetrag mit eventuellen Schulden bei der AOK PLUS aufzurechnen (§ 51 SGB I).

Datenschutz

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen. Änderungen, welche sich während der Zeit des Bezuges von Verdienstaussfall ergeben, werde ich der AOK PLUS unverzüglich mitteilen. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung und Zahlung von Verdienstaussfall nach § 27 Abs. 1 SGB V i.V. mit §11 Abs. 3 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Zahlung von Verdienstaussfall führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.