

Änderung der Tarifklasse

Vorname:*

Name:*

Krankenversichertennummer:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mein Einkommen hat sich geändert /
wird sich ändern ab dem:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich beantrage deshalb für das betreffende Kalenderjahr die Neueinstufung in folgende Tarifklasse:*

	Tarifklasse	Jahreseinkommen
<input type="checkbox"/>	1	bis 10.000 € und weniger
<input type="checkbox"/>	2	10.000,01 € und mehr
<input type="checkbox"/>	3	20.000,00 € und mehr
<input type="checkbox"/>	4	30.000,00 € und mehr
<input type="checkbox"/>	5	42.000,00 € und mehr

Datum:* _____

Unterschrift:* _____

Achtung: Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die Einkommensnachweise für das betreffende Jahr bei und senden Sie alles per Post (AGIDA – Die Direkte der AOK Hessen, Postfach 1127, 65001 Wiesbaden), Fax (069 66816 808307) oder per E-Mail (service@agida.de) an uns zurück.

Bei Eingang bis zum 30.04. berücksichtigen wir die Neuberechnung Ihres Kostenbonus sogar rückwirkend für das Vorjahr.

*Gekennzeichnete Angaben sind Pflichtangaben