

Name, Vorname: _____
Straße: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Versicherten-Nr.: _____

hkk Krankenkasse
Forderungsmanagement
28185 Bremen

Antrag auf Stundung oder Ratenzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen, Unterschrift nicht vergessen und an die hkk senden. E-Mail-Adresse: FM-HB@hkk.de; Faxnummer: 0421 3655 1238)

1. Angaben zur Stundung bzw. Ratenzahlung

Ich bin wegen der Corona-Pandemie weiterhin in Zahlungsschwierigkeiten. Deshalb beantrage ich die weitere Stundung bzw. Ratenzahlung für die Beitragsmonate:

- März 2020
- April 2020
- Mai 2020

2. Angaben zur Stundung der Sozialversicherungsbeiträge

- Den vollständigen Rückstand gleiche ich in einer Summe bis spätestens zum 15. Juli 2020 aus.

3. Angaben zur Ratenzahlung der Sozialversicherungsbeiträge

- Ich wünsche eine Ratenzahlung. Den Rückstand gleiche ich in monatlich gleichbleibenden Raten aus. Der Rückstand soll, beginnend ab dem 15. Juli 2020, in folgenden Raten ausgeglichen werden: _____ Euro.

4. Weitere Angaben

Um Ihren Antrag bearbeiten zu können, brauchen wir noch folgende Informationen von Ihnen:

Soweit die Beiträge für die Monate März und April 2020 bereits gestundet waren, beantrage ich die Fortsetzung der Stundung dieser Beiträge. Die seitens des Bundes und der einzelnen Bundesländer zur Verfügung gestellten Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen in Form von Fördermitteln und ergänzenden Krediten habe ich vorrangig in Anspruch genommen bzw. bereits beantragt. Im Einzelnen sind dies:

- Leistungen des Wirtschaftsstabilisierungsfonds
- Leistungen des KfW-Sonderprogramms 2020
- KfW-Schnellkredit
- Soforthilfen für Solo-Selbstständige und Kleinstunternehmen
- Staatlich unterstützte Bürgschaften im Zuge von Investitionskrediten
- Steuerliche Liquiditätshilfen
- Erstattung von Lohnkosten und Sozialversicherungsbeiträgen bei Kurzarbeit
- Sonstige Leistungen (bspw. Leistungen aus Programmen des jeweiligen Bundeslandes, bitte ggf. Benennung der Leistung auf gesondertem Blatt)
- Entsprechende Leistungen wurden abgelehnt oder werden nicht in Anspruch genommen (Begründung erforderlich, mit welchen Maßnahmen die Liquiditätsschwierigkeiten überwunden werden sollen, oder Prognose zur Fortführung des Unternehmens, bitte ggf. auf gesondertem Blatt)

5. Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe _____

Mail, freiwillige Angabe _____

Datum, Unterschrift

(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind)