

**Antwort**

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Servicetelefon: 0800 4772000 (kostenfrei)

E-Mail-Sofortservice: service@rps.aok.de

Teilnahmeerklärung zum Auslandsreise-Wahltarif der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Name, Vorname des Mitglieds	Service-Nr. oder Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon-Nr.*	Mobilfunk-Nr.*	E-Mail-Adresse*

Ich erkläre hiermit die Teilnahme am Auslandsreise-Wahltarif zum _____ mit eigener Prämie für

mich selbst mit einer Jahresprämie in Höhe von _____ EUR (s. Prämientabelle in den Teilnahmebedingungen)

meine familienversicherten Angehörigen:

Name, Vorname	Service-Nr. oder Geburtsdatum	Jahresprämie in EUR

Teilnahmebedingungen und Assistance

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Teilnahmebedingungen des Auslandsreise-Wahltarifs. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Unterstützung im Falle einer Inanspruchnahme an den von uns beauftragten Assistance-Dienstleister weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Auslandsreise-Wahltarifs erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB V und 25 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Auslandsreise-Wahltarifs gespeichert und verwendet. Ohne Ihr Mitwirken ist die Durchführung des Wahltarifs nicht möglich. Empfänger Ihrer Daten können von uns zu Abrechnungszwecken und für Serviceleistungen beauftragte Dienstleister sein. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse. Die Daten dienen der Kontaktaufnahme bei Rückfragen.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer Personenstamm- sowie Kontaktdaten Ihre zusätzliche Einwilligung (**). Diese kann ohne Einwilligung des Erziehungsberechtigten

Zahlungsweise Ihrer Prämie

Bitte füllen Sie das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat vollständig aus und reichen Sie dieses mit ein. Die Abbuchung erfolgt ausschließlich über das SEPA-Lastschriftmandat.

nach Vollendung des 15. Lebensjahres rechtswirksam abgegeben werden. Im Rahmen dieser zusätzlichen Einwilligung können Empfänger Ihrer Daten von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer zusätzlichen Einwilligung (**) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung:**

¹ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

¹ Ankreuzfeld

Datum	Unterschrift des Mitgliedes	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters von Mitgliedern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
-------	-----------------------------	---

Wird die Teilnahme am Tarif für einen volljährigen familienversicherten Angehörigen erklärt, ist die Teilnahmeerklärung unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen zusätzlich von diesem Angehörigen zu unterschreiben.

Unterschrift der Familienversicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr

Teilnahmebedingungen

zum Auslandsreise-Wahltarif der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

(1) Mitglieder mit Wohnsitz in Deutschland sowie in Deutschland versicherungspflichtig beschäftigte oder hauptberuflich selbstständig tätige Mitglieder mit Wohnsitz im angrenzenden Ausland (Grenzgänger), die ihre Beiträge ganz oder teilweise selber tragen, können für sich sowie wahlweise für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen mit Wohnsitz in Deutschland bzw. im Wohnland des Grenzgängers einen Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V für die Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland wählen. Der Tarif kann außerdem von im angrenzenden Ausland lebenden Mitgliedern gewählt werden, die eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und für die ohne den Rentenbezug bzw. die Rentenanspruchstellung eine Familienversicherung nach § 10 SGB V aus der Mitgliedschaft eines Grenzgängers im Sinne von Satz 1 bestehen würde.

(2) Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem die schriftliche Wahlklärung der AOK zugeht, frühestens jedoch mit Beginn der Versicherung und frühestens mit dem vom Mitglied gewählten Datum. Die Teilnahme am Tarif beginnt abweichend hiervon auf Wunsch des Versicherten rückwirkend mit Beginn der Versicherung, wenn die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen wegen Beginns einer eigenen Mitgliedschaft endet und der Tarif aus diesem Grund innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag neu gewählt wurde, an dem der Versicherte vom Ende der Tarifteilnahme Kenntnis erlangt hat; dies gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Teilnahme eines nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen endet, weil die Familienversicherung nunmehr aus der Mitgliedschaft eines anderen Mitglieds abgeleitet wird.

(3) Der Versicherte ist an die Wahl des Tarifes ein Jahr vom Zeitpunkt des Beginns der Teilnahme an gebunden (Bindungsfrist). Die Bindungswirkung entsteht sowohl für das Mitglied als auch für die nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde.

Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei der AOK nicht berührt; dies gilt insbesondere auch bei einem Wechsel in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, in der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden.

(4) Erstattet werden die dem Versicherten im Ausland entstandenen nachgewiesenen Kosten einschließlich der Zuzahlungen/Eigenanteile für medizinisch sofort notwendige

1. ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes,
2. ärztlich verordnete stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der ärztlich angeordneten Fahrten mit einem Kranken- oder Rettungswagen sowie des ärztlich angeordneten Flugtransportes zum nächstreichbaren Krankenhaus und der zusätzlich entstehenden Kosten für eine Rettung von der Skipiste (Pistenrettung); dies gilt bei einer Verletzung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verletzung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, zusätzlich werden auch die Kosten für eine ärztlich begründete Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eines am Wahltarif teilnehmenden Kindes für die Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes übernommen, wenn das Kind das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist; die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen; sowie
3. ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,

die der Versicherte während eines vorübergehenden bis zu sechswöchigen Aufenthaltes im Ausland in Anspruch genommen hat, sofern sowohl das Datum der ärztlichen Behandlung bzw. Verordnung der Leistung als auch der Beginn des Auslandsaufenthaltes in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen; wenn die im Ausland begonnene vollstationäre Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der maximal sechswöchigen Leistungsdauer fortgesetzt werden muss, wird für erstattungsfähige Leistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit und ggf. des Abschlusses des medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes geleistet; ggf. nach § 13, § 14 oder §§ 17 bis 18 SGB V oder im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts erstattete Beträge sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind hierauf anzurechnen.

Die Kosten für einen medizinisch zwingend notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport ins Inland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, werden daneben übernommen; dies umfasst auch die Mehrkosten zur Rückreise, die dem Versicherten entstehen, wenn er infolge einer stationären Behandlung im Ausland die Rückreise nicht planmäßig antreten konnte, sowie die Mehrkosten für einen Rücktransport im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V).

Die AOK kann außerdem die Kosten nach Anspruchsprüfung:

1. für die Rückholung eines mitreisenden Kindes, Stiefkindes oder Enkelkindes des Versicherten aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen, erstatten wenn
 - a. sowohl der Versicherte als auch das Kind am Wahltarif teilnehmen und
 - b. das Kind zum Zeitpunkt der Rückholung aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
 - c. die Rückholung des Kindes aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zwingend erforderlich ist und
 - d. die Betreuung des Kindes im Ausland nicht durch einen anderen Angehörigen oder eine andere Bezugsperson im Ausland sichergestellt werden kann.
2. für die Rückholung einer mitreisenden Begleitperson des am Wahltarif teilnehmenden Kindes aus dem Ausland, die über die Kosten bei planmäßiger Rückreise hinausgehen erstatten, wenn
 - a. das Kind zum Zeitpunkt des Rücktransportes aus dem Ausland das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und aus diesem Grund auf Hilfe angewiesen ist und
 - b. die Rückholung der Begleitperson aus dem Ausland infolge einer krankheitsbedingten stationären Krankenhausbehandlung des Kindes im Ausland oder eines krankheitsbedingten Rücktransportes des Kindes aus dem Ausland zwingend erforderlich ist.

§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend; die Kostenerstattung ist ausgeschlossen bei Krankheiten und Unfällen, die durch Kriegsergebnisse, Bürgerkriegsergebnisse oder innere Unruhen im Ausland verursacht worden sind, wenn der Versicherte sich aktiv an diesen Geschehnissen beteiligt hat oder das Auswärtige Amt vor Antritt der Auslandsreise eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

Folgende Leistungen werden im Rahmen des Tarifs nicht erstattet:

1. Kosten für planbare Dialyseleistungen
2. Überführung im Todesfall
3. Kosten für Hilfsmittel, die in Deutschland nicht übernahmefähig sind, z.B. Brillen.

Eine Kostenerstattung ist außerdem nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

Die Kostenerstattung ist nicht auf Behandlungsfälle in Ländern beschränkt, in denen im Rahmen des über- bzw. zwischenstaatlichen Rechts Sachleistungsaushilfe zulasten eines Trägers im Aufenthaltsland in Anspruch genommen werden kann.

Bei Grenzgängern und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland ist der Anspruch auf Leistungen, die in Deutschland oder im Wohnland in Anspruch genommen wurden, ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen Zeitraum von zusammenhängend längstens sechs Wochen begrenzt. Die Regelung zur nachgehenden Leistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit nach Absatz 4 Satz 1 bleibt unberührt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tag ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht; er bezieht sich nur auf Leistungen, die nach diesem Datum beginnen, es sei denn, die Prämie ist noch nicht fällig geworden.

Sofern eine Prämie nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig entrichtet werden.

Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie sowie die der AOK aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachentrichtet werden oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft.

Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn

1. der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
2. die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht fristgerecht vorgenommen werden konnte,
3. die termingerechte Zahlung aus anderen schwerwiegenden Gründen, die in der Person des Mitglieds liegen oder sich aus dessen persönlichem Umfeld ergeben, nicht möglich war.

Aus anderen als den o. a. Gründen kann ein fehlendes Verschulden im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn die vom Mitglied vorgebrachten und durch schriftliche Erklärung nachgewiesenen Gründe unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls stichhaltig erscheinen und eine andere Entscheidung für den Versicherten eine unbillige Härte darstellen würde.

(5) Das Mitglied hat im Rahmen des Tarifes für sich und die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Jahresprämie zu zahlen, die im Voraus für das Kalenderjahr zu entrichten ist.

Die Prämie wird jeweils am 01.12. für das Folgekalenderjahr fällig; abweichend hiervon wird die Prämie bei Beginn der Teilnahme im laufenden Jahr am nächsten Monatsersten nach Beginn der Teilnahme fällig. Bei Beginn oder Ende der Teilnahme im laufenden Jahr wird die Prämie anteilig berechnet. Für die Berechnung der anteiligen Prämie werden für volle Kalendermonate jeweils 1/12 der Jahresprämie zugrunde gelegt; im Übrigen erfolgt die Berechnung nach Kalendertagen. Zuviel entrichtete Prämien werden rückerstattet; Satz 4 sowie § 26 Abs. 2 SGB IV gelten entsprechend. Entstehen der AOK durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

Das Mitglied ist verpflichtet, ein SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der für sich und seine teilnehmenden familienversicherten Angehörigen fällig werdenden Tarifbeiträge zu erteilen.

(6) Es gelten folgende Konditionen:

Altersklassen	Jahresprämie in EUR
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00

Die jahresbezogene Prämie ist jeweils für das Mitglied und jeden nach § 10 SGB V mitversicherten Angehörigen, für den der Tarif gewählt wurde, zu entrichten. Maßgeblich für die Bestimmung der Prämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres, für das die Prämie zu entrichten ist.

(7) Die Teilnahme endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, in dem der AOK die schriftliche Kündigung zugeht, frühestens jedoch mit dem Ablauf der einjährigen Bindungsfrist. Für die sich hieraus ergebende Dauer der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich. § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V gilt.

Die Teilnahme am Tarif endet unabhängig davon mit dem Ende der Mitgliedschaft oder der Familienversicherung bei der AOK oder wenn der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt; die besondere Regelung für Grenzgänger und deren nach § 10 SGB V familienversicherten oder aufgrund des Bezuges oder der Beantragung einer Waisenrente versicherten Angehörigen gemäß Absatz 1 bleibt hiervon unberührt.

Versicherungsunterbrechungen bis zu zwei Monaten sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist; die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beendigung des Tarifes dem Versicherten bekannt gegeben wird.

(8) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist durch schriftliche Erklärung gegenüber der AOK kündigen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt; das Nähere ergibt sich aus Absatz 9. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht; Absatz 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Das Mitglied kann den Tarif aus den o. a. Gründen wahlweise auch für einen oder mehrere der nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen kündigen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend.

(9) Eine unbillige Härte ist in jedem Fall anzuerkennen, wenn ein Mitglied des Familienverbundes Leistungen nach dem SGB III (Leistungen bei Arbeitslosigkeit) oder Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem SGB XII (Leistungen der Sozialhilfe) oder gleichartige Leistungen der Kriegsopferfürsorge bezieht. Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. gleichgeschlechtlicher Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

In weiteren Fällen ist eine unbillige Härte anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund regelmäßig monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 % der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 % der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 % der monatlichen Bezugsgröße. Eine Reduzierung der Bruttoeinnahmen ist außerdem in der Höhe anzuerkennen, in der Teile der Bruttoeinnahmen faktisch für den Lebensunterhalt nicht mehr zur Verfügung stehen, weil hiermit die Heimunterbringung für ein früheres Mitglied des Familienverbundes ganz oder teilweise zu finanzieren ist.

Darüber hinaus kann eine unbillige Härte im Ausnahmefall anerkannt werden, wenn das Mitglied bei vorhandenen regelmäßigen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb des Schwellenwertes nachvollziehbar darlegt, dass die weitere Zahlung der Prämien eine erhebliche unbillige Härte darstellen würde.

(10) Zur Sicherung der Prämienstabilität führt die AOK den Tarif gemeinsam mit anderen AOKs durch.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
DE14ZZZ00000086144

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ordnungsbegriff (Betriebsnummer, Service-Nummer, Fallbündelnummer, Policennummer)

Name des Kontoinhabers

Anschrift des Kontoinhabers	
Straße	Haus-Nr.

Postleitzahl	Ort
--------------	-----

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Für Privatkunden: Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name	Vorname
------	---------

Ich werde (Wir werden) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.

MANDAT_01_PK_KETA

Datenschutzhinweis
Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Auslandsreise-Wahltarifs erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB V und 25 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Auslandsreise-Wahltarifs gespeichert und verwendet. Ohne Ihr Mitwirken ist die Durchführung des Wahltarifs nicht möglich. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.