



**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 Zahnersatz-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 Zahnersatz-Wahltarif zum \_\_\_\_\_ (Monatsbeginn) mit eigener Prämie für

- mich selbst mit einer Monatsprämie in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR (s. Prämientabelle in den Teilnahmebedingungen)
- meine familienversicherten Angehörigen:

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

Die Gesamtprämie soll  monatlich  jährlich (minus 4 % Skonto) von meinem Konto abgebucht werden.

**Teilnahmebedingungen**

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Teilnahmebedingungen des Zahnersatz-Wahltarifs. Dort sind meine Rechte und Pflichten zum Zahnersatz-Wahltarif beschrieben. Mit den Regelungen bin ich einverstanden.

**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.

**Datenschutzhinweis**

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Zahnersatz-Wahltarifs erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB V und 22 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Zahnersatz-Wahltarifs gespeichert und verwendet. Ohne Ihr Mitwirken ist die Durchführung des Wahltarifs nicht möglich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (\*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

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](mailto: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](mailto:widerruf@rps.aok.de).

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 nach Vollendung des 15. Lebensjahres rechtswirksam abgegeben werden.

**Einwilligung\*\*:**

<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> 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



**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

**Durchschrift für Sie!**

**Teilnahmeerklärung**

**zum Zahnersatz-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 Zahnersatz-Wahltarif zum \_\_\_\_\_ (Monatsbeginn) mit eigener Prämie für

- mich selbst mit einer Monatsprämie in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR (s. Prämientabelle in den Teilnahmebedingungen)
- meine familienversicherten Angehörigen:

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

Die Gesamtprämie soll  monatlich  jährlich (minus 4 % Skonto) von meinem Konto abgebucht werden.

**Teilnahmebedingungen**

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Teilnahmebedingungen des Zahnersatz-Wahltarifs. Dort sind meine Rechte und Pflichten zum Zahnersatz-Wahltarif beschrieben. Mit den Regelungen bin ich einverstanden.

**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.

**Datenschutzhinweis**

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Zahnersatz-Wahltarifs erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB V und 22 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Zahnersatz-Wahltarifs gespeichert und verwendet. Ohne Ihre Mitwirkung ist die Durchführung des Wahltarifs nicht möglich. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (\*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

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](mailto: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](mailto:widerruf@rps.aok.de).

**Einwilligung\*\*:**

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.

<sup>1</sup> 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 Zahnersatz-Wahltarif der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

(1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V an. Der Wahltarif hat die Erstattung von Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz zum Gegenstand.

(2) Mitglieder können für sich und/oder für einen oder mehrere ihrer nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen. Als Mitglieder im Sinne dieses Tarifes gelten dabei auch Personen, die in Deutschland wohnen, im Ausland versicherungspflichtig beschäftigt sind und im Rahmen der geltenden EG-Verordnung von der AOK wie eigene Mitglieder betreut werden (Grenzgänger). Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn des Kalendermonats, der auf den Beginn der Mitgliedschaft folgt und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn. 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 entsprechend.

Erfolgt keine Kündigung des Tarifs, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr. Für die Dauer der Verlängerung der Teilnahme am Tarif ist eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der AOK nicht möglich.

Versicherungsunterbrechungen bis zur Dauer von einem Monat sind für die Durchführung des Tarifes unschädlich. Ebenso ist es für die Durchführung des Tarifes unschädlich, wenn ein taritteilnehmendes Mitglied in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei der AOK wechselt. Wechselt ein Taritteilnehmer in eine Versicherung nach § 10 SGB V bei einer anderen Krankenkasse, ruht der Tarif.

Die AOK kann die Teilnahme des Versicherten am Tarif beenden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung nach Absatz 5 trotz einmaliger Mahnung nicht nachgekommen ist und auf den Versicherungsauschluss bei Nichtzahlung mit angemessener Fristsetzung hingewiesen wurde. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig eine Prämie gezahlt wurde.

(3) Erstattet werden die dem Versicherten in Deutschland entstandenen, nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde und sowohl das Datum der Erstellung des genehmigten Heil- und Kostenplans (sofern der Versicherte nicht die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt hat) als auch das Datum der Eingliederung des Zahnersatzes (Anspruchszeitpunkt) in die Zeit ab Beginn der Teilnahme am Tarif fallen.

Der Anspruch besteht bis zur Höhe des zweifachen Leistungsbetrages nach § 55 Abs. 1 SGB V begrenzt auf den Rechnungsbetrag; ggf. nach § 55 SGB V erstattete bzw. vom Zahnarzt gem. § 87 Abs. 1a Satz 8 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnete Beträge sind hierauf anzurechnen.

§ 11 Abs. 5 SGB V sowie § 52 SGB V gelten entsprechend.

Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend von Satz 2 wie folgt begrenzt:

1. Teilnahmejahr maximal 250,00 EUR, begrenzt auf den Rechnungsbetrag
2. Teilnahmejahr maximal 500,00 EUR, begrenzt auf den Rechnungsbetrag
3. Teilnahmejahr maximal 750,00 EUR, begrenzt auf den Rechnungsbetrag

Wird der Kostenerstattungstarif über das dritte Teilnahmejahr hinaus fortgeführt, besteht ab dem 4. Teilnahmejahr ein voller Kostenerstattungsanspruch nach Satz 2.

Der Erstattungsanspruch erhöht sich mit der Dauer der Teilnahme am Tarif wie folgt:

- ab dem 7. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 5 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 10. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 10 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2
- ab dem 13. Jahr nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes um 20 v. H. des Leistungsbetrages nach Satz 2

Neben dem Anspruch nach den Sätzen 1 bis 6 werden die dem Versicherten entstandenen nachgewiesenen Kosten für

1. medizinisch notwendige Füllungstherapien (Zahnfüllungen), soweit es sich um Mehrkosten im Sinne des § 28 Abs. 2 SGB V handelt,
2. Professionelle Zahnreinigung,

die bei einem Vertragszahnarzt durchgeführt wurden, erstattet.

Der Anspruch nach Satz 7 ist auf insgesamt maximal 50 EUR je Teilnahmejahr begrenzt.

Zur Erstattung sind die spezifizierten Originalrechnungen (inkl. aller dazugehörigen Belege, z.B. Material- und Laborkosten) vorzulegen.

(4) Der Anspruch auf Kostenerstattung durch die AOK setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie nach Absatz 5 bei der AOK eingeht. Sofern Prämien nach Absatz 5 nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung ab diesem Zeitpunkt bis zu dem Tage, an dem die Prämien vollständig entrichtet werden.

Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit vollständig nachgeleistet wird oder wenn das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. Ein fehlendes Verschulden des Mitglieds an der verspäteten Zahlung ist anzuerkennen, wenn

- der verspätete Zahlungseingang nachweislich durch das vom Mitglied mit der Überweisung beauftragte Geldinstitut verschuldet wurde,
- die termingerechte Zahlung bedingt durch einen stationären Krankenhausaufenthalt des Mitglieds nicht vorgenommen werden konnte,
- 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 Einzelfalles 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/oder die nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine Monatsprämie an die AOK zu zahlen.

Die Monatsprämie ist im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Teilnahmejahr im Voraus zu entrichten. Wählt das Mitglied die jährliche Zahlung im Voraus, wird ein Prämiennachlass in Höhe von 4 v.H. gewährt. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag des Monats.

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

(6) Zur Bestimmung der Altersklasse bei Tarifbeginn ist das Lebensalter des Teilnehmers maßgeblich. Zur Bestimmung der Altersklasse in jedem sich anschließenden Teilnahmejahr ist jeweils das Lebensalter des Versicherten bei Beginn des Teilnahmejahres maßgeblich.

Es gelten die folgenden Konditionen:

Konditionstabelle	
Altersklassen	Monatsprämie in EUR *
0 bis 20 Jahre	2,60
21 bis 30 Jahre	6,60
31 bis 40 Jahre	6,60
41 bis 50 Jahre	10,60
51 bis 60 Jahre	10,60
> als 60 Jahre	14,00

\* Bei jährlicher Zahlungsweise erhält der Versicherte 4 % Nachlass.

Erstattungen für die Zahnersatzleistungen aus diesem Tarif sowie sonstige Guthaben werden auf das vom Mitglied mitgeteilte Bankkonto überwiesen. Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert.

(7) Das Mitglied kann den Tarif ausnahmsweise vor Ablauf der 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 an die AOK für das Mitglied eine unbillige Härte darstellt. Die Teilnahme aufgrund einer Kündigung endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung der AOK zugeht. Während des Ruhenszeitraumes besteht keine Pflicht zur Prämienzahlung und kein Anspruch auf Leistungen aus dem Tarif.

(8) Eine unbillige Härte ist anzuerkennen, wenn sich Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass dem Familienverbund 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.

Mitglieder des Familienverbundes sind das Mitglied, dessen im gleichen Haushalt lebender Ehegatte bzw. Lebenspartner sowie die im gleichen Haushalt lebenden und nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen des Mitglieds.

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

(10) Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann dieser Wahltarif abweichend von Absatz 2 Satz 5 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.

(11) Der Wahltarif von Mitgliedern nach Absatz 2 Satz 2 (Grenzgänger) endet abweichend von Absatz 2 Satz 5 mit dem Ende der Betreuung durch die AOK. Der Wahltarif endet nicht, wenn sich eine Versicherung bei der AOK an das Ende der Betreuung anschließt.

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 Zahnersatz-Wahltarifs erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB V und 22 der Satzung der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Zahnersatz-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](mailto:datenschutz@rps.aok.de).