

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (VN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	0/38220
Mitgliedsnummer AOK	Titel, Vorname, Name	Vermittlernummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	11639
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	E-Mailadresse	Kollektivvertragsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort

2 Beginn und Dauer der Versicherung

Versicherungsbeginn

Der Versicherungsvertrag nach Krankheitskostentarifen wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

MediZ AOK RPS

Alter	mtl. Beitrag/EUR
0 – 20	2,10
21 – 40	6,60
41 – 50	10,60
51 – 60	11,40
ab 61	14,90

MediR AOK RPS*

Alter	mtl. Beitrag/EUR
0 – 64	1,00
ab 65	2,00

MediRF AOK RPS*

Alter	mtl. Beitrag/EUR
0 – 64	1,83
ab 65	3,42



3 Versicherungsumfang und Beitragsberechnung (Alle Beiträge in Euro)

Zu versichernde Person (VP) – Vorname, Name	männlich	weiblich	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Tarif	Versichert im AOK Zahnersatz Wahltarif seit	Monatlicher Beitrag
1 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediZ AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediR AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediZ AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediR AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediZ AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediR AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediZ AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MediR AOK RPS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu zahlender Gesamt-Monatsbeitrag						<input type="text"/>

* Ab zwei versicherten Personen empfehlen wir Ihnen den Abschluss des Familientarifs der Auslandsreisekrankenversicherung. Wünschen Sie hierzu ein gesondertes Angebot? Gerne können Sie mit uns unter 0221 308 91138 oder auch per E-Mail unter AOK-RPS@gothaer.de Kontakt aufnehmen!

4 SEPA-Lastschriftmandat (Der Abschluss ist nur mit einem SEPA-Lastschriftmandat möglich)

Hinweis

Ihre Rechte zum SEPA-Lastschriftmandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten. Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Verwendungszweck

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Versicherungsnehmer ist Beitragszahler nein* ja

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen

* Vorname, Name (wenn Versicherungsnehmer nicht Beitragszahler ist)

Geldinstitut

Ort

Datum

Zahlungsempfänger

Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522

Die Mandatsreferenz wird vom Versicherer nachträglich mit der Pre-Notification übermittelt.

Datum erster Einzug/gültig ab

monatlich jährlich wiederkehrende
Zahlung

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

5 Schlusserklärungen, Einwilligung in die Datenverarbeitung und Unterschriften**Widerrufsrecht**

Sämtliche Informationen zu Ausübung und Frist Ihres Widerrufsrechts finden Sie in den Allgemeinen Kundeninformationen sowie in Ihrem Versicherungsschein, jeweils unter der Überschrift „Widerrufsbelehrung“.

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis

Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, vor Abgabe dieses Antrags, die nachfolgend aufgeführten Texte („Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung“, „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz“), das Datenschutz-Informationsblatt, die Dienstleisterliste, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife unter www.gothaer.de/aok-rps heruntergeladen habe.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Weiterhin habe ich die unter www.gothaer.de/aok-rps hinterlegten Erläuterungen zur

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
 - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
 - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

Datenaustausch

Zur Ergänzung und Verifizierung der in diesem Antrag gemachten Angaben erfolgt ein Datenaustausch zwischen der Gothaer Krankenversicherung AG und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Es werden dabei keinerlei Gesundheitsdaten ausgetauscht.

Schlusserklärungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. **Beachten Sie** hierzu auch die **Erklärungen und wichtigen Hinweise** sowie den **Hinweis auf das Widerrufsrecht**. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. **Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie den Hinweis auf das Widerrufsrecht zum Inhalt dieses Antrags.**

Unterschriften

Ort (immer angeben)

Datum (immer angeben)

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Zu versichernde Personen ab 16 Jahren
(bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)