



# Žiadosť o členstvo Časť 1

Osobné údaje

Mehr Leistung. Mehr Service.

Viac plnenia. Viac servisu. Stať sa členom.

ako:  zamestnanec/-kyňa

dobrovoľne poistená osoba

dôchodca/-kyňa

poberateľ/ka podpory v nezamestnanosti

učeň/učnica

študent/ka, praktikant/ka

Priezvisko

Meno

Dátum narodenia

Ulica, číslo domu

Poštové smerové číslo, miesto

Telefón (dobrovoľný údaj)

Mobil (dobrovoľný údaj)

Vznik členstva

Rodné priezvisko

Miesto narodenia

Krajina narodenia

Pohlavie

Štátna príslušnosť

Číslo zdravotného/dôchodkového poistenia

Rodinný stav

## Prajem si rodinné poistenie

Mám rodinných príslušníkov, ktorí sami nie sú členmi zákonnej zdravotnej poisťovne a majú sa v poisťovni IKK gesund plus poistiť v rámci rodinného poistenia.

Prajem si rodinné poistenie (Vyplňte, prosím, aj žiadosť pre rodinné poistenie)

Nemám rodinných príslušníkov

Neprajem si rodinné poistenie

## Prajem si rodinné poistenie

Mám rodinných príslušníkov, ktorí sami nie sú členmi zákonnej zdravotnej poisťovne a majú sa v poisťovni IKK gesund plus poistiť v rámci rodinného poistenia.

## Moja fotografia

bude Vám urýchlene zaslaná.

bola Vám už poskytnutá.

bude Vám zaslaná online.

## Chcem sa zúčastniť na bonusovom programe

Prosím o zaslanie príslušného bonusového zošita bonusového programu ikk aktiv plus! (Vyplňte, prosím, aj žiadosť ohľadne bonusového programu.)

**Upozornenie ohľadne ochrany údajov:** Zisťovanie údajov je k plneniu našich zákonných úloh nevyhnutné a prípustné. Zákonné základy k tomu sú upravené v § 206 SGB (Sociálny zákonník) V, § 284 SGB V, §§ 50 a 94 SGB XI. Ďalšie informácie o ochrane údajov, o Vašich povinnostiach týkajúcich sa súčinnosti i kontaktné údaje ohľadne splnomocnenca pre ochranu údajov poisťovne IKK gesund plus nájdete na internetovej stránke: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo) Tieto informácie Vám môžeme na Vaše požiadanie poslať samozrejme aj poštou.

### \*\* Vyhlásenie o ochrane údajov v súvislosti s uložením a spracovaním Vašej fotografie

K vyhotoveniu elektronického preukazu poistenca s fotografiou je potrebné, aby poverený poskytovateľ služieb uložil Vašu fotografiu ako digitálny obraz do pamäte. Je povinný uschovávať digitalizovaný obraz tak, aby bol chránený. Samotná fotografia sa po vyhotovení preukazu poistenca s fotografiou zničí v súlade s predpismi o ochrane údajov. Uloženie v pamäti je v dôsledku technického postupu nevyhnutné. Skutočnosť, že údaje obrazu sú uložené, umožní Vám napr. v prípade straty kartičky vyžiadať si jednoducho novú kartičku. Pokiaľ by ste si želali vymazanie Vašich údajov pred uplynutím lehoty stanovenej na ich uschovanie, stačí sa s nami spojiť.

☎ 0800 1016470 (24/7 bezplatne)



## Fotografické služby online

[www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder](http://www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder)



# Žiadosť o členstvo

Časť 2  
Údaje o poistení



Viac plnenia. Viac servisu.

Viac plnenia. Viac servisu. Stať sa členom.

## Som zamestnaný/-á

od

Názov, adresa, telefón zamestnávateľa/ príslušnej inštitúcie

Poberám podporu v nezamestnanosti I.  
(Pripojte, prosím, kópiu aktuálneho výmeru.)

Poberám podporu v nezamestnanosti II.  
(Pripojte, prosím, kópiu aktuálneho výmeru.)

Som so zamestnávateľom v príbuzenskom vzťahu  
alebo mám majetkovú účasť v podniku.

Som samostatne zárobkovo činná osoba alebo  
mávam príjmy zo samostatnej zárobkovej  
činnosti (Predložte dôkaz, prosím.)

## Moje doterajšie poistenie

Naposledy som bol/a poistený/-á v zákonnej  
zdravotnej poisťovni.

Doteraz som bol/a poistený/-á v súkromnej  
zdravotnej poisťovni.

Doteraz som bol/a iným spôsobom zdravotne  
poistený/-á. (Pripojte, prosím, kópiu príslušného  
dokladu.)

Doteraz som žil/a v zahraničí.

Pred vznikom členstva, o ktoré žiadam, som bol/a  
poistený/-á v zákonnej zdravotnej poisťovni v  
rámci rodinného poistenia.

Názov zdravotnej poisťovne

od - do (mesiac/rok)

Priezvisko, meno hlavného poistenca

Názov zdravotnej poisťovne

Dátum narodenia hla-  
vného poistenca

Poistený/-á v rámci  
rodinného poistenia od -  
do (mesiac/rok)

## Poberám dôchodok

Poberám nemecký alebo zahraničný dôchodok  
resp. podnikový dôchodok a/alebo príjmy podobné  
dôchodku ako napr. zaopatrovacie príspevky. (Pripoj-  
te, prosím, kópiu výmeru resp. poslednej úpravy.)

Druh dôchodku

Výplatné miesto

## Uloženie a používanie údajov na reklamné účely

Súhlasím s tým, aby ma poisťovňa IKK gesund plus a ňou poverení poskytovatelia služieb telefonicky informovali  
o aktuálnych ponukách v oblasti zdravia a poistenia. Týmto dávam svoj súhlas s uložením a používaním mojich  
osobných údajov na tento účel. Tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať s účinkom do budúcnosti.

Dátum, podpis člena