



# Přihláška pojišťovny Část 1

## Osobní údaje

Mehr Leistung. Mehr Service.

Více výhod. Lepší servis. Přihlaste se k.

- jako:  osoba v zaměstnaneckém poměru  osoba pobírající dávky v nezaměstnanosti
- osoba dobrovolně pojištěná  učeň/učnice
- důchodce/-kyně  student/-ka, praktikant/-ka

Příjmení

Jméno

Datum narození

Ulice, číslo domu

Poštovní směrovací číslo, obec

Telefon (nepovinný údaj)

Mobil (nepovinný údaj)

Začátek členství

Rodné jméno

Místo narození

Stát narození

Pohlaví

Státní příslušnost

Číslo zdravotního / důchodového pojištění

Rodinný stav

### Přeji si uzavření rodinného pojištění

Mám rodinné příslušníky, kteří sami nejsou členy zákonného zdravotního pojištění a mají mít tedy rodinné pojištění u pojišťovny IKK gesund plus.

Přeji si uzavření rodinného pojištění. (Vyplňte i přihlášku do rodinného pojištění.)

Nemám rodinné příslušníky.

Nemám zájem o uzavření rodinného pojištění

### Chci se účastnit bonusového programu

Zašlete mi příslušnou bonusovou knížku bonusového programu ikk aktiv plus! (Vyplňte také přihlášku do bonusového programu.)

**Poučení o ochraně osobních údajů:** Zjištění osobních údajů je ke splnění našich zákonem daných úkolů nutné a přípustné. Zákonným předpokladem je k tomu § 206 německého Sociálního zákoníku V, § 284 německého Sociálního zákoníku V, §§ 50 a 94 německého Sociálního zákoníku XI. Další informace ohledně ochrany osobních údajů, ohledně Vašich povinností součinnosti a kontaktní údaje pověřence pro záležitosti ochrany osobních údajů pojišťovny IKK gesund plus najdete na internetové stránce: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo) Tyto informace Vám na požádání můžeme samozřejmě poslat i poštou.

### Moje fotografie pro kartu zdravotního pojištění

Rádi bychom Vám zaslali Vaši elektronickou kartu zdravotního pojištění co nejrychleji. Proto Vás prosíme, abyste nám společně s přihláškou poskytli/-a Vaši fotografii. **Důležité:** Pro všechny pojištěnce, kteří dosáhli věku 15 let, je aktuální barevná fotografie zákonem předepsanou povinností.

#### Mou fotografii

neprodleně dodám / zašlu.

jste již dostali.

Vám zašlu online.



#### Prohlášení o ochraně osobních údajů za účelem uložení a zpracování Vaší fotografie

Pro zhotovení elektronické karty zdravotního pojištění je nutné, aby pověřený poskytovatel služeb uložil Vaši fotografii jako digitální grafický soubor. Je povinen tuto digitalizovanou fotografii uchovávat s příslušným zabezpečením. Po vyhotovení karty zdravotního pojištění opatřené Vaší fotografií bude fotografie samotná zničena v souladu s pravidly na ochranu osobních údajů. Uložení je nutné z důvodu technického procesu. Toto uchování grafických souborů Vám např. při ztrátě karty umožní, abyste si bez velkého úsilí mohli/-a vyžádat kartu novou. Pokud si přejete vymazání Vašich dat před uplynutím lhůty stanovené pro jejich uchování, tak se s námi jednoduše spojte.

☎ **0800 1016470** (24/7 bezplatně)



### Online servis pro zaslání fotografie

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

### Jsem zaměstnan/-a

od

Jméno/název, adresa, telefon zaměstnavatele/ příslušného poskytovatele

Pobírám dávky v nezaměstnanosti I.  
(Přiložte kopii aktuálního rozhodnutí.)

Pobírám dávky v nezaměstnanosti II.  
(Přiložte kopii aktuálního rozhodnutí.)

Jsem v příbuzenském vztahu se zaměstnavatelem  
nebo mám podíl na společnosti/firmě.

Jsem samostatně výdělečnou osobou nebo mám  
příjmy ze samostatné výdělečné činnosti. (Prosíme o doložení této činnosti.)

### Moje dosavadní pojištění

Naposledy jsem měl/-a zákonné zdravotní  
pojištění.

Byl/-a jsem dosud pojištěn/-a u soukromé  
zdravotní pojišťovny.

Měl/-a jsem dosud jiné zdravotní pojištění.  
(Přiložte kopii příslušného dokladu.)

Žil/-a jsem dosud v zahraničí.

Před začátkem členství, o které žádám, jsem byl/-a  
pojištěn/-a v rámci rodinného pojištění u nositele  
zákonného zdravotního pojištění.

Název nositele zdravotního pojištění / zdravotní pojišťovny

od - do (měsíc / rok)

Příjmení, jméno hlavní/-ho pojištěného/-ho

Název nositele zdravotního pojištění

Datum narození  
hlavní/-ho pojištěného/-ho

Rodinné pojištění  
od - do (měsíc / rok)

### Pobírám důchod

Pobírám německý nebo zahraniční důchod resp.  
podnikový důchod a /nebo mám analogické příjmy,  
jako jsou např. zaopatřovací dávky. (Přiložte kopii  
posledního rozhodnutí resp. poslední  
úpravy.)

Druh důchodu

Plátce důchodu

### Speichern und verwenden von Daten zu Werbezwecken

Souhlasím s tím, že mě bude pojišťovna IKK gesund plus a poskytovatelé služeb, které tato pojišťovna  
pověřila, telefonicky informovat o aktuálních nabídkách v oblasti zdraví a pojištění. S ukládáním a použí-  
váním mých osobních údajů za tímto účelem tímto souhlasím. Tento souhlas můžu kdykoliv s účinky do  
budoucnosti odvolat.

datum, podpis člena