



# Žiadosť o členstvo Časť 1

Osobné údaje



Viac plnenia. Viac servisu.

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, mesto/obec

Telefón, mobil \*

E-mail \*

Vznik členstva

Rodné priezvisko

Miesto narodenia

Pohlavie

Štátna príslušnosť

Číslo zdravotného/dôchodkového poistenia

Rodinný stav

## Prajem si rodinné poistenie

Mám rodinných príslušníkov, ktorí sami nie sú členom 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

## 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. Záonné zákla-  
dy 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 ohľad-  
ne 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 samozrej-  
me aj poštou. \* Tieto údaje sú nepovinné.

## Moja fotografia pre kartičku poistenca

Vašu elektronickú kartičku poistenca by sme Vám chceli poslať čo možno najskôr. Preto Vás prosíme, aby ste nám spolu so žiadosťou o členstvo poskytli aj vhodnú fotografiu. **Dôležité:** Pre všetkých poistencov, ktorí dovŕšili 15. rok života, je zákonom predpísaná aktuálna farebná fotografia.

## Moja fotografia

je vo vrecúšku na fotku.

bude Vám urýchlene zaslaná.

bola Vám už poskytnutá.

bude Vám zaslaná online.

Potvrdzujem, že fotografia zobrazuje moju podobizeň. Súhlasím so spracovaním mojich údajov v zmysle vyhlásenia o ochrane údajov \*\* vedľa.



Online fotoservis pre nových členov:  
[www.ikk-gesundplus.de/lichtbild\\_neumitglieder](http://www.ikk-gesundplus.de/lichtbild_neumitglieder)  
alebo grafický kód zoskenovať pomocou smartfónu



## \*\* 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)

# Žiadosť o členstvo Časť 2

## Údaje o poistení

Viac plnenia. Viac servisu. Stať sa členom.

### Som zamestnaný/-á

od

Názov, adresa, telefón zamestnávateľa/príslušnej inštitúcie

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

Poberám sociálnu výpomoc v nezamestnanosti.  
(Pripojte, prosím, kópiu aktuálneho výmeru.)

### Moje doterajšie poistenie

Za posledných 18 mesiacov som bol/a poistený/-á v zákonnej zdravotnej poisťovni. (Pripojte, prosím, potvrdenie o vypovedaní vzťahu.)

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

Doteraz som bol iným spôsobom zdravotne poistený. (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)

Názov zdravotnej poisťovne

Priezvisko, meno hlavného poistenca

Dátum narodenia hlavného 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. (Pripojte, prosím, kópiu výmeru resp. poslednej úpravy.)

Druh dôchodku

Výplatné miesto

### Pošlite mi, prosím, zákaznícky magazín „IKK-Gesundheitstelegramm“

e-mailom na túto e-mailovú adresu:

poštou.

### Uloženie a používanie údajov na reklamné účely

Súhlasím s tým, aby ma poisťovňa IKK gesund plus a ňou poverení poskytovatelia služieb

telefonicky a/alebo  e-mailom

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