



Přihláška pojištěnce Část 1

Osobní údaje



Více výhod. Lepší servis.

Více výhod. Lepší servis. Přihlaste se k nám.

- jako: osoba v zaměstnaneckém poměru
 osoba dobrovolně pojištěná
 důchodce/-kyně

- osoba pobírající dávky v nezaměstnanosti
 učeň/učnice
 student/-ka, praktikant/-ka

Příjmení

Jméno

Datum narození

Ulice, číslo domu

Poštovní směrovací číslo, obec

Telefon, mobil *

E-mail *

Začátek členství

Rodné jméno

Místo 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! (Vyplň te 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 | Tyto informace Vám na přání můžeme samozřejmě poslat i poštou.
 * Tyto údaje jsou dobrovolné.

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 poskytl/-a Vaši fotografii. **Důležité:** Pro všechny pojištěnce, kteří dosáhli věku 15 let, je aktuální barevná fotografie zákonem předepsanou povinností.

Moje fotografie / mou fotografii

- je v příslušné kapsičce. Potvzuji, že na fotografii jsem já. Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů v souladu s vedle uvedeným prohlášením o ochraně osobních údajů**.
- neprodleně dodám / zašlu.
- jste již dostali.
- Vám zašlu online.



Online servis pro zaslání fotografií pro nové členy: www.ikk-gesundplus.de/lichtbild_neumitglieder nebo naskenujte svým smartfonem kód QR



** 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 mohl/-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)

Přihláška pojištěnce Část 2

Údaje o pojištění

Více výhod. Lepší servis. Přihlaste se k nám.

Jsem zaměstnán/-a

od

Jméno/název, adresa, telefon zaměstnavatele/
příslušného poskytovatele plnění

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

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

Moje dosavadní pojištění

V posledních 18 měsících jsem měl/-a zákonné zdravotní pojištění. (Přiložte potvrzení o ukončení.)

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 pojištěné/-ho

Datum narození
hlavní/-ho pojištěné/-ho

Rodinné pojištění
od - do (měsíc / rok)

Název nositele zdravotního pojištění

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

Zasílejte mi členský časopis „IKK-Gesundheitstelegramm“

e-mailem na následující adresu:

poštou.

Ukládání a používání osobních údajů k reklamním účelům

Souhlasím s tím, že mě bude pojišťovna IKK gesund plus a poskytovatelé služeb, které tato pojišťovna pověřila, informovat

telefonicky a/nebo e-mailem

o aktuálních nabídkách v oblasti zdraví a pojištění. S ukládáním a používáním mých osobních údajů za tímto účelem tímto souhlasím. Tento souhlas můžu kdykoliv s účinky do budoucna odvolat.

Datum, podpis člena