

AOK PLUS
Privatkunden-Center
01058 Dresden

Interner Vermerk
ZWKR/Antrag ZR Versicherte

**Dotazník k udělení souhlasu s vystavením nárokového dokladu,
resp. k prověře již stávající registrace
pro osoby, jež bydlí v některém ze států EU/EHP, ve Švýcarsku, resp. ve Spojeném království**

1.	Osobní údaje (pojištěnec/pojištěnka) ¹		
1.1	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> mužské	<input type="checkbox"/> ženské
		<input type="checkbox"/> neurčité	<input type="checkbox"/> diverzní
1.2	Příjmení, jméno:		
1.3	Datum narození:		
1.4	Občanství:		
1.5	Číslo pojištěnce u německé zdravotní pojišťovny:		
1.6	Adresa bydliště (při změně uvést datum):	Ulice, číslo popisné: ----- PSČ: ----- Obec: ----- Stát: ----- od: -----	
1.7	Při výkonu výdělečné činnosti v Německu a bydlišti v zahraničí: Vracíte se pravidelně do místa Vašeho bydliště v zahraničí? <input type="checkbox"/> Ne, středobod mého života se nachází v Německu <input type="checkbox"/> Ano, <input type="checkbox"/> nejméně jednou týdně <input type="checkbox"/> Jiný rytmus: -----		

¹ Vhodné v celém dotazníku označte prosím křížkem ☒.

		1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
3.6	Občanství:				
3.7	Příbuzenský vztah (dobrovolný údaj): Manžel/manželka: Druh/družka: Dítě: Jiný (prosím uvést):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
3.8	Adresa bydliště Pokud se odlišuje od adresy uvedené v bodě 1.6. Při změně uvést datum přestěhování):	Ulice, číslo popisné: _____ PSČ: _____ Obec: _____ Stát: _____ od _____ (den/měsíc/rok)	Ulice, číslo popisné: _____ PSČ: _____ Obec: _____ Stát: _____ od _____ (den/měsíc/rok)	Ulice, číslo popisné: _____ PSČ: _____ Obec: _____ Stát: _____ od _____ (den/měsíc/rok)	Ulice, číslo popisné: _____ PSČ: _____ Obec: _____ Stát: _____ od _____ (den/měsíc/rok)
3.9	Vykonávají členové Vaší rodiny výdělečnou činnost (zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost)? Patří sem i činnost s nízkým příjmem nebo práce z domova (home office).	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne
3.10	Pobírají vaši rodinní příslušníci dávky nahrazující příjem (např. nemocenské dávky nebo podporu v nezaměstnanosti)?	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne
3.11	Pobírají vaši rodinní příslušníci důchod nebo bylo o důchod požádáno?	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne
3.12	Mají vaši rodinní příslušníci v zemi pobytu <u>vlastní</u> zdravotní pojištění	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od _____ (den/měsíc/rok) Stát: _____ <input type="checkbox"/> ne

		1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
3.13	Jsou Vaši rodinní příslušníci zdravotně pojištěni v zemi pobytu prostřednictvím jiné osoby (např. dítě prostřednictvím druhého rodiče)?	<input type="checkbox"/> ano od ----- (den/měsíc/rok) Stát: ----- <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od ----- (den/měsíc/rok) Stát: ----- <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od ----- (den/měsíc/rok) Stát: ----- <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano od ----- (den/měsíc/rok) Stát: ----- <input type="checkbox"/> ne
3.14	Název a adresa zdravotní pojišťovny v zemi pobytu: Ulice, číslo popisné: PSČ: Obec: Číslo pojištění:	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

- Potvrzuji, že mnou poskytnuté informace jsou správné.
- Bez vyzvání a neprodleně budu informovat o všech změnách v mé situaci a/nebo v situaci svých rodinných příslušníků (např. přestěhování, zánik nároku rodinných příslušníků v zahraničí, zánik zdravotního pojištění rodinných příslušníků prostřednictvím jiné osoby v zahraničí, nástup do výdělečné činnosti atd.).
- Jsem si vědom/-a, že neoprávněně nárokované dávky mohou být vymáhány zpět, pokud o změně svých poměrů nebudu informovat nebo o ní budu informovat pozdě.
- Svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel/a souhlas svých rodinných příslušníků s poskytnutím požadovaných údajů.

Místo, datum

Podpis člena

Pro dotazy (dobrovolné informace)

Telefonní číslo: -----

E-mailová adresa: -----

Prohlášení o ochraně osobních údajů:

Údaje v tomto dotazníku jsou potřebné pro plnění našich zákonných úkolů podle § 284 odst. 1 věta 1 č. 2 a 4 německého sociálního zákoníku V za účelem uplatnění nároku na věcné dávky v zemi bydliště nebo případně mimo ni (články 11, 17, 22, 24, 25 a 26 nařízení (ES) č. 883/2004). Vaše spolupráce je vyžadována v souladu s § 60 německého sociálního zákoníku I nebo čl. 76 odst. 4 nařízení (ES) č. 883/2004 a čl. 3 odst. 2 nařízení (ES) č. 987/2009. Neposkytnutí dostatečné spolupráce může vést ke znevýhodnění při žádosti o věcné dávky nebo ke ztrátě nároku na dávky v zemi bydliště. Obecné informace o zpracování údajů a vašich právech naleznete na adrese: [Datenschutzrechte | AOK](#) nebo je můžete získat na kterékoli AOK Plus pobočce. Poskytnutí telefonního čísla a e-mailové adresy je dobrovolné. Tyto slouží k rychlému kontaktování v případě dotazů týkajících se Vašich údajů.