

Příjmení: _____

Křestní jméno: _____

Číslo pojištění:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kliknutím sem smažete
veškerý obsah formuláře.

3. Údaje o rodinných příslušnících žijících v zahraničí (hodící se zaškrtněte)

1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
Potřebujete potvrzení?			
☐ ano, od _____ ☐ ne	☐ ano, od _____ ☐ ne	☐ ano, od _____ ☐ ne	☐ ano, od _____ ☐ ne
3.1 Příjmení, křestní jméno:			
Příjmení _____ Křestní jméno: _____	Příjmení _____ Křestní jméno: _____	Příjmení _____ Křestní jméno: _____	Příjmení _____ Křestní jméno: _____
3.2 Pohlaví (m = muž, w = žena, x = neurčeno, d = různé):			
☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)
3.3 Datum narození:			
Datum narození: _____ _____ _____	Datum narození: _____ _____ _____	Datum narození: _____ _____ _____	Datum narození: _____ _____ _____
3.4 Rodné příjmení, místo narození, země narození:			
Rodné příjmení _____ Místo narození _____ Země narození _____	Rodné příjmení _____ Místo narození _____ Země narození _____	Rodné příjmení _____ Místo narození _____ Země narození _____	Rodné příjmení _____ Místo narození _____ Země narození _____
3.5 Státní příslušnost:			
Státní příslušnost _____ _____	Státní příslušnost _____ _____	Státní příslušnost _____ _____	Státní příslušnost _____ _____
3.6 Příbuzenský poměr (dobrovolný údaj):			
☐ manžel/manželka ☐ životní partner/partnerka ☐ dítě ☐ jiné (prosím, uveďte): _____	☐ manžel/manželka ☐ životní partner/partnerka ☐ dítě ☐ jiné (prosím, uveďte): _____	☐ manžel/manželka ☐ životní partner/partnerka ☐ dítě ☐ jiné (prosím, uveďte): _____	☐ manžel/manželka ☐ životní partner/partnerka ☐ dítě ☐ jiné (prosím, uveďte): _____
3.7 Adresa bydliště (Pokud se liší od adresy v bodě I.6.a V případě změny uveďte datum stěhování):			
Ulice, č.p. _____ Dodatek k adrese (pokud je to relevantní) _____ PSČ, Město _____ Stát _____	Ulice, č.p. _____ Dodatek k adrese (pokud je to relevantní) _____ PSČ, Město _____ Stát _____	Ulice, č.p. _____ Dodatek k adrese (pokud je to relevantní) _____ PSČ, Město _____ Stát _____	Ulice, č.p. _____ Dodatek k adrese (pokud je to relevantní) _____ PSČ, Město _____ Stát _____
3.8 Jsou Vaši rodinní příslušníci výdělečně činní (zaměstnaní nebo samostatně výdělečně činní)? Patří sem i výdělečná činnost s minimálním příjmem nebo práce z domu.			
☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát _____	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát _____	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát _____	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát _____

1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
3.9 Pobírají Vaši rodinní příslušníci dávky nahrazující příjem (např. nemocenskou nebo podporu v nezaměstnanosti)?			
☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát
3.10 Pobírají Vaši rodinní příslušníci penzi/důchod nebo o penzi/důchod zažádali?			
☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát
3.11 Mají Vaši rodinní příslušníci vlastní zdravotní pojištění v zemi bydliště?			
☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát
3.12 Jsou Vaši rodinní příslušníci v zemi bydliště zdravotně pojištěni přes jinou osobu (např. dítě přes rodiče)?			
☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát 	☐ ano, od (den/měsíc/rok) Stát
3.13 Jméno a adresa zdravotní pojišťovny v zemi bydliště:			
Jméno 	Jméno 	Jméno 	Jméno
Ulice, č.p. 	Ulice, č.p. 	Ulice, č.p. 	Ulice, č.p.
PSČ, město 	PSČ, město 	PSČ, město 	PSČ, město
Stát 	Stát 	Stát 	Stát
Číslo pojištěnce 	Číslo pojištěnce 	Číslo pojištěnce 	Číslo pojištěnce

- Tímto potvrzuji správnost svých údajů. Budu vás bez vyzvání a neprodleně informovat o všech změnách mé situace a/nebo situace mých 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) toho, že dávky, o které jsem neoprávněně požádal(a), mohou být vymáhány zpět, pokud vás neinformuji o změně svých poměrů nebo tak učiním pozdě.
- Svým podpisem potvrzuji, že jsem od svých rodinných příslušníků dostal(a) souhlas s uvedením potřebných údajů.

Místo, datum _____

Podpis člena _____

Zašlete e-mailem na: zwkr-versicherte@plus.aok.de

Faxem: **0800 1059002-999 (v rámci Německa), 0049 351 320289 (mimo Německo)**
Upozornění: Při úspěšném doručení faxem/e-mailem není nutné posílat originál žádosti!

Upozorňujeme, že nešifrovaný přenos sociálních údajů faxem nebo e-mailem může ohrozit bezpečnost Vašich údajů (např. v případě nesprávného doručení).

Informace o ochraně osobních údajů: Údaje v tomto dotazníku jsou nezbytné pro splnění našich zákonem daných povinností podle § 284 odstavec 1 věta 1 č. 2 a 4 německého sociálního zákona V za účelem využití věcných dávek v zemi bydliště nebo případně mimo ni (článek 11, 17, 22, 24, 25 a 26 nařízení (ES) č. 883/2004). Vaše součinnost je vyžadována na základě § 60 německého sociálního zákona I nebo článku 76 odstavec 4 nařízení (ES) č. 883/2004 a článku 3 odstavec 2 nařízení (ES) č. 987/2009. Chybějící součinnost může vést ke znevýhodnění při vyřizování žádosti o věcné dávky nebo ke ztrátě nároku na dávky v zemi bydliště. Všeobecné informace o zpracování osobních údajů a o Vašich právech najdete na: [Datenschutzrechte | AOK](#) (Práva na ochranu údajů | AOK) nebo je dostanete na každé pobočce AOK.