

Vítáme Vás v SBK!

Silný výkon. Zcela osobně.



Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Dokument um ein Muster handelt. Das Formular ist zwingend in Deutsch auszufüllen.
(Upozorňujeme, že tento dokument je vzorový. Formulář je nutné vyplnit v němčině.)

Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem
(Ano, budu členem SBK od) _____.

Ihr Ansprechpartner
(Váš kontaktní partner) _____

Telefon
(Telefon) _____

Persönliche Angaben: (Osobní údaje)

Frau (Paní) Herr (Pan)

Name, Vorname (Příjmení, jméno) _____ Geburtsdatum (Datum narození) _____

Straße, Hausnummer (Ulice, č. pop.) _____

Postleitzahl (PSČ) _____ Ort (Město) _____

Telefon privat* (Soukromý telefon*) _____ Telefon mobil* (Mobilní telefon*) _____

E-Mail* (E-mail*) _____

Rentenversicherungsnummer oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer.
(Č. důchodového pojištění nebo číslo zdravotního pojištění) _____

Ansonsten: Geburtsort, -land und -name
(Jinak: Místo narození, země narození a rodné příjmení) _____

Staatsangehörigkeit (Státní příslušnost) _____

Familienstand (Rodinný stav) _____

Angaben für die Versicherung bei der SBK: (Údaje pro pojištění u SBK)

Ich bin (Jsem)

- Arbeitnehmer (Zaměstnanec)
 Auszubildende(r) (Učeň (učnice))
 Selbstständige(r) (OSVČ)
 Student(in) (Student(ka))
 Sonstiges: (Ostatní) _____

Name des Arbeitgebers / der Hochschule (Název zaměstnavatele / vysoké školy) _____

Straße, Hausnummer (Ulice, č. pop.) _____

Postleitzahl (PSČ) _____ Ort (Město) _____

Ich bin beschäftigt als: (Jsem zaměstnán(a) jako) _____

seit / ab: (od) _____

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (57.600 EUR) (Můj roční hrubý výdělek je vyšší než hranice roční mzdy (57.600 EUR))

Nein (Ne) Ja (Ano)

Familienangehörige: (Rodinní příslušníci)

Mein Ehe-/ Lebenspartner
(Manžel(ka) / životní partner(ka)) _____

Name, Vorname (Příjmení, jméno) _____ Geburtsdatum (Datum narození) _____

ist zurzeit versichert bei (je v současnosti pojištěn(a) u) _____

Krankenkasse (Zdravotní pojišťovna) _____

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind.
(Mám jedno nebo více dětí, které mají rodinné pojištění.)

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten: (Údaje o Vašem pojištění v posledních 18 měsících)

Meine bisherige Krankenkasse (Moje dosavadní zdravotní pojišťovna) _____

von (od) _____ bis (do) _____

- pflichtversichert (povinné pojištění)
 freiwillig versichert (dobrovolné pojištění)
 familienversichert (rodinné pojištění)

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:
(Jestliže jste měl(a) rodinné pojištění, potřebujeme tyto údaje)

Name, Vorname des Mitglieds _____ Geburtsdatum _____
(Příjmení, jméno člena) (Datum narození)

Kündigungsbestätigung: (Potvrzení o vypovězení)

- lege ich bei (přikládám)
 reiche ich nach (zašlu dodatečně)

Foto Gesundheitskarte: (Fotografie karty zdravotní pojišťovny)

- per Online-Upload (nahrát online)
 per Post (Lichtbildformular) (poslat poštou (formulář s fotografií))

Weitere wichtige Angaben: (Další důležité údaje)

- Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenanspruch gestellt.
(Pobírám důchod popř. Podal(a) jsem žádost o důchod.)
- Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).
(Pobírám dávky podobné důchodu (např. podnikový důchod, zaopatřovací dávky).)
- Ich beziehe Arbeitsentgelt aus selbstständiger Tätigkeit.
(Pobírám odměny ze samostatné činnosti.)
- Ja, ich möchte exklusive Online-Services nutzen. Bitte registrieren Sie mich mit meiner oben angegebenen E-Mail-Adresse für „**Meine SBK**“. Den Nutzungsbedingungen, nachzulesen unter **sbk.org/meinesbk**, stimme ich zu.
(Ano, chci využívat exkluzivní online služby. Registrujte mě prosím s mou výše uvedenou emailovou adresou pro „**Moje SBK**“. Souhlasím s podmínkami pro užívání, lze si je přečíst na adrese **sbk.org/meinesbk**.)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren.
* Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail Adresse ist freiwillig.

Upozornění na ochranu osobních údajů (§ 67a odst. 3 SGB X): Abychom mohli své úkoly plnit v souladu se zákony, je nutná Vaše spolupráce podle § 206 a 289 Pátého zákoníku o sociálním zabezpečení (SGB V). Údaje je nutné zjišťovat za účelem určení pojišťovacího vztahu (§§ 5 a násl., 284 odst. 1 č. 1 SGB V). V případě změn o nich budu SBK neprodleně informovat.
* Uvedení telefonních čísel / emailové adresy je dobrovolné.

Würden Sie uns weiterempfehlen?
(Doporučili byste nás?)

Ja (Ano)

Nein (Ne)

Ort, Datum (Místo, datum)

Unterschrift (Podpis)