

طلب العضوية

للتأمين الصحي وتأمين الرعاية

Mitgliedschaftsantrag für die Kranken- und Pflegeversicherung

KNAPPSCHAFT
 Versicherung und Beitrag
 45095 Essen

هاتف الخدمة المجاني: 0800 7245 900

فاكس: 0 800 7245 901

البريد الإلكتروني: kundenservice-info@knappschaft.de

www.knappschaft.de

Ja, ich möchte Mitglied der KNAPPSCHAFT werden ab

نعم، أريد أن أسجل نفسي لأكون عضواً في مؤسسة KNAPPSCHAFT بدءاً من ____ / ____ / ____

بيانات شخصية

<input type="checkbox"/> سيد (Herr)	<input type="checkbox"/> سيدة (Frau)	رقم تأمين التقاعد Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Name	الجنسية	Vorname	الاسم
Geburtsdatum	اسم العائلة بالولادة	Geburtsort	مكان الميلاد
Geburtsname	تاريخ الميلاد	Wohnort	الشارع، رقم البيت
Straße, Hausnummer	محل الإقامة	Postleitzahl	رمز البريد
* * نعم، أريد أن أشارك في خدمة الرسائل الإخبارية الإلكترونية مجاناً * *		Telefonnummer	رقم الهاتف * E-Mail
ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren**		getrennt lebend	الحالة العائلية: *
<input type="checkbox"/> أرملة	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> متزوج	verwitwet
<input type="checkbox"/> منفصل	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> مطلق	geschieden
Familienstand		الحالة العائلية: *	

بيانات بخصوص التأمين الصحي إلى الآن

منذ Ich bin seit dem / ab	إني عضو في bei der
Name und Anschrift der Krankenkasse	اسم مؤسسة التأمين الصحي وعنوانها
familienversichert	تأمين عائلي <input type="checkbox"/>
freiwillig versichert	تأمين اختياري <input type="checkbox"/>
pflichtversichert	تأمين إلزامي <input type="checkbox"/>
تم إنهاء عقد التأمين عند مؤسستي للتأمين السابقة بتاريخ _____	
Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.	
_____	تأكيد إنهاء التأمين
_____	مرفق كُندigungsbestätigung
_____	سُيُلحَق فيما بعد
_____	لي تأمين خاص منذ
_____	عند مؤسسة
_____	bei privat versichert
Name des Krankenversicherungsunternehmens	اسم مؤسسة التأمين الصحي
_____	Ich bin seit dem

بيانات بخصوص صنف الأشخاص

_____	إني
_____	موظف منذ
_____	seit dem / ab beschäftigt
_____	في:
Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer	اسم الشركة وعنوانها / رقم الهاتف
_____	أعمل بشكل مستقل منذ
_____	seit dem...selbstständig tätig
Rentner / Rentnerin - Bitte Anlage für Rentenbezieher ausfüllen -	متقاعد/ة - يُرجى تعبئة الاستمارة الخاصة بالمتقاعدين التي تم إرفاقها -
Student / Studentin - Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen -	طالب/ة - يُرجى تعبئة الاستمارة الخاصة بالطلاب والمتدربين التي تم إرفاقها -
_____	عاطل عن العمل منذ
_____	وأحصل على / أنتظر الحصول على
_____	تعويض بطالة
_____	Arbeitslosengeld II
_____	Arbeitslosengeld
_____	arbeitslos und erhalte / erwarde
_____	seit dem

بيانات إضافية

لدي أقارب أريد تأمينهم معي عند مؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين من غير دفع اشتراكات (يرجى تعبئة استمارة التأمين العائلي كاملاً والتوقيع عليها).

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben).

في حالة وجود استفسارات يمكنكم الاتصال بي من الساعة _____ إلى _____ هاتفيًا، رقم: *.
 Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von _____ Uhr bis _____ Uhr

تاريخ _____ توقيع مقدم الطلب
 Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

* بيانات اختيارية (لا تُستعمل بيانات الاتصال إلا للاستفسارات المتعلقة بتأمينك)
 ** أوافق على أن تقوم مؤسسة KNAPPSCHAFT بحفظ واستعمال بياناتي داخل الشركة للأغراض المذكورة أعلاه في المستقبل. يمكن التراجع عن هذه الموافقة في أي وقت. فيتم محو بياناتي في هذه الحالة. يتم إيصال هذه البيانات إلى طرف ثالث. إن لم توافق على ذلك قم بشطب هذه العبارة.

Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** يُرجى إرفاق إثباتات الدخل أو إثباتات الحصول على المبالغ الأخرى.
 Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.