

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 **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
* * * ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren** <input type="checkbox"/> أرملة ledig <input type="checkbox"/> منفصل verheiratet <input type="checkbox"/> متزوج geschieden <input type="checkbox"/> متزوج getrennt lebend <input type="checkbox"/> عازب verwitwet		رقم الهاتف * E-Mail	رقم الهاتف * E-Mail
* * * ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren** <input type="checkbox"/> أرملة ledig <input type="checkbox"/> منفصل verheiratet <input type="checkbox"/> متزوج geschieden <input type="checkbox"/> متزوج getrennt lebend <input type="checkbox"/> عازب verwitwet		الحالة العائلية * Familienstand	الحالة العائلية * Familienstand

بيانات بخصوص التأمين الصحي إلى الآن **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 <input type="checkbox"/> تأمين عائلي <input type="checkbox"/>	freiwillig versichert <input type="checkbox"/> تأمين اختياري <input type="checkbox"/>
Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am	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.	تنبيه: لكي يمكننا تسجيلك كعضو فالمرجو أن ترسل إلينا خطاب تأكيد إنهاء التأمين من مؤسستك السابقة للتأمين.
wird nachgereicht <input type="checkbox"/> سُلحِق فيما بعد <input type="checkbox"/>	ist beigefügt <input type="checkbox"/> مُرفَق كُندِيقُتْ بَستَاقِيقُتْ
Name des Krankenversicherungsunternehmens	اسم مؤسسة التأمين الصحي
bei privat versichert	لي تأمين خاص منذ Ich bin seit dem

بيانات بخصوص صنف الأشخاص **بيانات بخصوص صنف الأشخاص**

موظف منذ seit dem / ab beschäftigt	إني bei
Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer	اسم الشركة وعنوانها / رقم الهاتف
seit dem...selbstständig tätig	أعمل بشكل مستقل منذ
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 -
*** (Hartz IV) II <input type="checkbox"/> تعويض بطالة II <input type="checkbox"/>	عاطل عن العمل منذ seit dem
Arbeitslosengeld II	وأحصل على / أنتظر الحصول على <input type="checkbox"/> تعويض بطالة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> arbeitslos und erhalte / erwarde

بيانات إضافية **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 _____ هاتفياً، رقم: *.
 Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von _____ Uhr bis _____ Uhr

تاريخ **توقيع مقدم الطلب**
 * بيانات اختيارية (لا تُستعمل بيانات الاتصال إلا للاستفسارات المتعلقة بتأمينك) (فقط مضمون البيانات)

** 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.