

## Üyelik başvurusu

Hastalık ve bakım sigortası için  
Türkischer Antrag auf Mitgliedschaft für die  
Kranken- und Pflegeversicherung

**KNAPPSCHAFT**  
Markt + Vertrieb  
45095 Essen

**Servis telefonu: 0 800 7245 900** (ücretsiz)  
Faks: 0 800 7245 901  
Email: kundenservice-info@knappschaft.de  
**www.knappschaft.de**

**Kostenfreies Servicetelefon: 0 800 7245 900**  
Fax: 0 800 7245 901  
E-Mail: kundenservice-info@knappschaft.de  
**www.knappschaft.de**

**Evet**, ..... tarihinden itibaren KNAPPSCHAFT üyesi olmak istiyorum.

Ja, ich möchte ab ..... Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

### KİŞİSEL BİLGİLER | PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> <b>Bayan</b>   Frau	<input type="checkbox"/> <b>Bay</b>   Herr	<b>Emeklilik sigortası numarası</b> Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
<b>Soyadı</b>   Name	<b>Adı</b>   Vorname	<b>Uyruğu</b>   Staatsangehörigkeit	
<b>Doğum tarihi</b>   Geburtsdatum	<b>Doğum yeri</b>   Geburtsort	<b>doğumdan soyadı</b>   Geburtsname	
<b>Çadde, hane No</b>   Straße, Hausnummer	<b>Posta kodu</b>   Postleitzahl	<b>ikamet yeri</b>   Wohnort	
<b>Telefon numarası</b>   Telefonnummer*	<b>E-mai*</b>   E-Mail*	<input type="checkbox"/> Evet, KNAPPSCHAFT'in ücretsiz gazetesine abone olmak istiyorum Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren.**	
<b>Medeni hali</b>   Familienstand*:	<input type="checkbox"/> <b>bekar</b>   ledig	<input type="checkbox"/> <b>evli</b>   verheiratet	<input type="checkbox"/> <b>boşanmış</b>   geschieden
	<input type="checkbox"/> <b>ayrı yaşayan</b>   getrennt lebend	<input type="checkbox"/> <b>dul</b>   verwitwet	

### BUGÜNE KADARKİ HASTALIK SİGORTASI İLE İLGİLİ BİLGİLER

ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

<b>Ben</b> ..... <b>tarihinden beri/itibaren</b> ..... <b>de sigortalıyım.</b> Ich bin seit dem / ab ..... bei der		
<b>Hastalık sigortasının adı ve adresi</b>   Name und Anschrift der Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> <b>Zorunlu sigortalı</b>   pflichtversichert	<input type="checkbox"/> <b>Serbest sigortalı</b>   freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> <b>Aile sigortalısı</b>   familienversichert
<b>Bugüne kadarki hastalık sigortamın feshi</b> ..... <b>tarihinde gerçekleşmiştir</b> Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am		
<b>Bilgi: Üyelik işlemlerinizi gerçekleştirmek için, lütfen bize şimdiki hastalık sigortası kurumunuzun feshi onayını gönderiniz.</b> Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.		
<b>Fesih onayı</b>   Kündigungsbestätigung	<input type="checkbox"/> <b>ektedir</b>   ist beigefügt	<input type="checkbox"/> <b>sonradan iletilecektir</b>   wird nachgereicht
..... <b>tarihinden beri</b> ..... <b>'de özel sigortalıyım</b> Ich bin seit dem ..... bei ..... <b>Hastalık sigortası şirketinin adı</b>   Name des Krankenversicherungsunternehmens privat versichert		

## DAHİL OLAN KİŞİ ÇEVRESİ İLE İLGİLİ BİLGİLER | ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

### Ben

\_\_\_\_\_ tarihinden beri/itibaren \_\_\_\_\_ 'de çalışıyorum

Ich bin seit dem/ab

beschäftigt bei

**İşverenin adı ve adresi / telefon numarası**

Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

\_\_\_\_\_ tarihinden beri serbest çalışıyorum | selbstständig tätig seit dem

**Emekli** | Rentner / Rentnerin

**Yükseköğretim öğrencisi** | Student / Studentin

\_\_\_\_\_ tarihinden beri işsizim ve | seit dem

arbeitslos und erhalte/erwarte

**İşsizlik parası** | Arbeitslosengeld

**İşsizlik parası II** | Arbeitslosengeld II (Hartz IV)\*\*\*

alıyorum/alacağım

## BAŞKACA BİLGİLER | WEITERE ANGABEN

**KNAPPSCHAFT'da primsiz birlikte sigortalı olacak aile mensuplarına sahibim.**

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Sorularınız için bana en iyi saat \_\_\_\_\_ ile \_\_\_\_\_ arasında ulaşabilirsiniz,

telefon numarası\* \_\_\_\_\_

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von

Uhr bis

Uhr, Rufnummer\*

**Tarih** | Datum

**İmza** | Unterschrift

\* **Serbest bilgi (bağlantı verileri hakkındaki bilgiler sadece sigorta durumunuz ile ilgili sorular için kullanılırlar.)**

Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

\*\* **KNAPPSCHAFT'ın benim yukarıda belirtilen verilerimi dahili olarak yukarıda belirtilen amaç için kayda almasını ve gelecekte kullanmasını kabul ediyorum. Bu rıza beyanı her an geri çekilebilir. O zaman verilerim silinir. Veriler başkalarına verilmaz. Eğer kabul etmiyorsanız bu koşulun üzerini çiziniz.**

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.

\*\*\* **Lütfen varsa gelir belgesini ya da yardım bildirimini ekleyiniz.**

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.