



KKH Beitrittserklärung KKH Üyelik Beyanı

Allgemeine Angaben zum Mitglied Üye ile ilgili genel bilgiler

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.
Evet, _____ tarihi itibarı ile KKH üyesi olacağım.

Frau Herr Anredezusatz
Bayan Bay Unvan _____

Name, Vorname
Soyadı, Adı _____

Ggf. Geburtsname Geburtsdatum
Doğum adı Doğum tarihi _____

Geschlecht: weiblich männlich divers*
Cinsiyet: kadın erkek diğer*

Geburtsort Staatsangehörigkeit
Doğum yeri Uyrak _____

Straße, Hausnummer
Cadde, Kapı numarası _____

PLZ, Ort
Posta kodu, Şehir _____

Telefon/mobil**
Telefon/GSM** _____

E-Mail**
E-posta** _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert***
Bekar Evli Dul Boşanmış Hayat arkadaşı**

noch keine vorhanden
Henüz mevcut değil

Rentenversicherungsnummer
Emeklilik sigorta numarası _____

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz Sigorta güvencesi ile ilgili genel bilgiler

Ich bin ...
Ben ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
İşçiyim Mesleki öğrenciyim Üniversite öğrenciyim

Rentner/Pensionär Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)
Emekliyim Serbest meslek sahibiyim (lütfen gelire bağlı aidat hesaplama dilekçesini doldurun)

Sonstiges
Diğer _____

Name Arbeitgeber/Hochschule
İşyerinin/Yüksekokulun adı, _____

Straße, Hausnummer
Cadde, kapı numarası _____

PLZ/Ort
Posta kodu/Şehir _____

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. mtl. Bruttoentgelt (EUR)
çalış./üni. eğitime başl. tarih/öng. bitiş tar. ort. brüt gelir (Euro)

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
İş verenle akrabayım/hısımmım.

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.
Firmanın (Şirketin) hissedarıyım.

Art der Beteiligung
Hissedarlık türü

Ich habe eine weitere Beschäftigung.
Başka bir faaliyetim var.

Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.
(Bunun yanında) _____ tarihinden beri serbest çalışıyorum.

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).
Emekli maaşı alıyorum (örneğin yetim, dul, çalışan emekliliği veya yardım alımı).

* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG
„Diğer“ ifadesi Medeni Hal Kanunu 22. Madde Paragraf 3 uyarınca

** Freiwillige Angaben
İsteğe bağlı bilgiler

*** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
Tescilli hayat arkadaşlığı yasası (LPartG) uyarınca partner olduklarını beyan etmiş olan aynı cinsten kişiler hayat arkadaşı olarak geçerlidir.

Ich war zuletzt ...

Son olarak ...

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)
yasal bir sađlık sigortasına üeydim (lütfen fesih onayını ekleyin)
- familienversichert
aile üzerinden sigortalıydım
- privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen).
özel sađlık sigortalıydım (lütfen mevcut sigorta belgesini ekleyin).

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)
başlangıç bitiş sađlık sigortası itibariyle (yasal veya özel)

- Zuzug aus dem Ausland am _____
Yurt dışından taşınma tarihi
- Ich war bislang in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert.
Şimdiye kadar Almanya'da yasal sađlık sigortalı değildim.

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Öğrencilere dair ek bilgiler

- Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Master
Şu an _____ dönemde okuyorum Lisans Master

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Üniversite bölümü (lütfen kayıt belgesini ekleyin.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)
Primi aylık olarak ödemek istiyorum. (banka tahsil yetkisi gereklidir)

Sonstige Angaben

Diđer Bilgiler

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)
Aile fertlerini ücretsiz olarak sigortalamak istiyorum. (lütfen aile sigortası dilekçesini de doldurun)
- Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
Çocuklarım var. (bakım sigortasında hesaplama dilekçesi için önemlidir)
- Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.
Sosyal bakım kurumu, meslek sendikası ve diđer yükümlüler karşısında tanınmış haklara sahibim.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Name, Vorname

Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o. g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.

KKH bana:

Soyadı, Adı

tarafından tavsiye edildi.

Tavsiyede bulunan, bir ikramiye verilmesi için yukarıdaki verilerin iletimini kabul ediyorum.

Einwilligungserklärungen

Kabul açıklaması

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken *auch meine Kontaktdaten* bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH *speichert, verarbeitet und nutzt*.

KKH, beni aşağıda işaretlenen konular hakkında e-posta, telefon, faks veya SMS yoluyla bilgilendirme hakkına sahip olduğunu ve KKH ile olan sigortalık durumu bitene kadar bu amaçlar doğrultusunda *iletişim bilgilerimi bellekleme, işleme ve kullanma* hakkına sahip olduğunu kabul ediyorum.

- Kundenbefragung
müşteri anketleri
- KKH Produkte und Services
KKH ürünleri ve servisleri
- private Zusatzversicherungen
özel ek sigortaları

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Bu kabul açıklamasını gelecek için her an KKH'yi gayri resmi bilgilendirip, örneğin telefon, e-posta veya mektup yoluyla, iptal etme hakkına sahibim.

Pflegekasse bei der KKH

KKH'de bakım sigortası

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein. Kayıt, KKH'de bakım sigortasını da kapsamaktadır.

- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)
Hayır, sosyal bakım sigortasından muafım. (lütfen belgeyi ekleyin)

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 28o Abs. 2 SGB IV, § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

KKH'nin görevlerini, özellikle de başvurunun işlenmesini yerine getirmek için bilgi gerekmektedir. Veriler, § 280 (2) SGB IV, § 284 SGB V ve § 94 SGB XI temelinde toplanır ve işlenir. Veri işleme ve haklarınız hakkında daha fazla bilgi edinmek isterseniz lütfen ilişikteki belgeye bakın ve web sitemizi inceleyin: kkh.de/datenschutz. Bu başvurudaki tüm bilgilerin doğruluğunu, imzam ile onaylıyorum.

Datum _____
Tarih _____

X
Unterschrift
İmza

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Telefon 0511 2802-0, Telefax 0511 2802-2196
service@kkh.de, kkh.de

KKH, İdare Merkezi, 30144 Hannover
Telefon 0511 2802-0, faks 0511 2802-2196
service@kkh.de, kkh.de