



## Üye hakkında genel bilgiler

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Evet, KKH'nin \_\_\_\_\_ üyesi olacağım.

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKH.

Bayan  Bay  Lisans derecesi \_\_\_\_\_  
Frau Herr Akad. Grad

Soyadı, adı | Name, Vorname

Mevcut ise Doğum adı | Ggf. Geburtsname Doğum tarihi | Geburtsdatum

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

Doğum yeri | Geburtsort Uruk | Staatsangehörigkeit

Sokak, ev numarası | Straße, Hausnummer

Posta kodu | PLZ Şehir | Ort

Telefon/mobil\*\* | Telefon/mobil\*\*

E-posta\*\* | E-Mail\*\*

bekar  evli  dul  
ledig verheiratet verwitwet

boşanmış  partneri var\*\*\*  
geschieden verpartnert\*\*\*

mevcut değil  
noch keine vorhanden

Emeklilik sigortası numarası | Rentenversicherungsnummer

Sağlık sigortası numarası (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

## Sağlık sigortasını aşağıdaki nedenden dolayı değiştirmek istiyorum

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- İşveren değişikliği  
Arbeitgeberwechsel
- İşsizlik başlangıcı  
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Kendi işinde çalışmaya başlama  
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Eğitim başlangıcı  
Aufnahme eines Studiums
- Bağlayıcı sürenin dolması  
Ablauf der Bindefrist
- Önceki sağlık sigortamdan ilave katkı artışı  
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Diğer nedenlerle değişiklikler  
Wechsel aus anderen Gründen

## Sigorta kapsamı hakkında genel bilgiler

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ben ... | Ich bin ...

- Çalışanım  Stajyerim  
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)
- Öğrenciyim  Emekliyim/Emekli aylığı alan bir kişiyim  
Student(in) Rentner(in)/Pensionär(in)
- Kendi işimde çalışıyorum  
Selbstständige(r)  
(Lütfen gelirimle ilgili katkı değerlendirmesi için başvuru formunu doldurunuz.)  
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen).
- Diğerleri \_\_\_\_\_  
Sonstiges

Üniversite/iş veren adı | Name Arbeitgeber/Hochschule

Sokak, ev numarası | Straße, Hausnummer

Posta kodu | PLZ Şehir | Ort

çalışma süresi / eğitim süresi aylık brüt ücret (EURO cinsinden)  
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

İşveren ile akrabayım / evliyim.  
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Şirket bünyesinde yer alıyorum.  
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Katılım türü | Art der Beteiligung

- Başka bir işe sahibim.  
Ich habe eine weitere Beschäftigung.
- \_\_\_\_\_ tarihinden beri kendi işimi yapıyorum.  
Ich bin (daneben) seit (...) selbstständig erwerbstätig.
- Bir emekli maaşı alıyorum (örneğin, yetim, dul, şirket bazlı emeklilik maaşı veya emekli maaşı).  
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

## Sigortalı olduğum son tarih:

Ich war zuletzt versichert:

tarihinden | von tarihinə | bis

sigorta kurumum (mevcut sağlık sigortası şirketinin adı ve adresi (özel, yasal, yabancı)  
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

Yurt dışında \_\_\_\_\_  
im Ausland **Almanya'ya taşındığım tarih** | Zuzug in Deutschland am

Uluslararası sigorta numarası | Internationale Versicherungsnummer



\*diğer madde 22 bölüm 3 PStG'ye bağlıdır \*\* isteğe bağlı bilgiler \*\*\*Partner olarak, Alman Sivil Hemicins Birlikliği Yasası'na (LPartG) uygun olarak arkadaşlıklarını beyan eden aynı cinsiyetten kişiler kastedilir.

\*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG \*\* freiwillige Angaben \*\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

### Sahip olduğum sigorta türü:

Ich war versichert als:

- Zorunlu sigortalı (örneğin çalışan, öğrenci, emekli)  
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- Gönüllü sigortalı (örneğin çalışan, serbest meslek sahibi, çocuk, öğrenci, eş vb.)  
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- Aileden sigortalı  
familienversichert
- Almanya'da hiç sigortaya sahip olmadım  
noch nie in Deutschland versichert

### Öğrenciler için ek bilgiler:

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Aylık katkı ödemesine kayıtlıyım. (SEPA talimatı gereklidir. Lütfen bir kayıt belgesi ekleyin.)  
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

### Diğer bilgiler

Sonstige Angaben

- Aile üyelerine ücretsiz sigorta yaptırmak istiyorum. (Lütfen aile sigortası başvurusunu da doldurunuz.)  
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- Çocuklarım var. (Uzun süreli bakım sigortasında katkı değerlendirmesi için önemlidir)  
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- Emekli ofisi, meslek örgütü veya diğer hizmet sağlayıcılarından onaylı şekilde yararlanma haklarına sahibim.  
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

### KKH bana şu kişiler tarafından önerildi:

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Soyadı, adı | Name, Vorname

### Rıza beyanı

Einwilligungserklärungen

KKH'nin aşağıda belirtilen konular hakkında bana e-posta veya telefon yoluyla bilgi vermesini kabul ediyorum ve bu amaca yönelik olarak, iletişim bilgilerim KKH tarafından sigorta ilişkimin sonuna kadar kaydedilir, işlenir ve kullanılır.

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

- Müşteri anketi, KKH ürünleri ve hizmetleri  
Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- Özel ek sigorta  
private Zusatzversicherungen

Bu rıza isteğe bağlıdır ve KKH'ye telefon, e-posta veya mektup yoluyla resmi olmayan bir bildirim göndererek istediğim zaman iptal edebilirim.

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

### KKH'nin bakım fonu

Pflegekasse bei der KKH

Kayıt, KKH ile gerçekleştirilen uzun süreli bakım sigortasını içerir. Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Hayır, bakım sigortasından muafım. (Lütfen kanıt/doğrulama sağlayın.)  
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen.)

Özellikle başvuruların işlenmesi olmak üzere KKH'nin görevlerinin yerine getirilmesine yönelik olarak bazı bilgiler gereklidir; veriler madde 284 SGB V ve madde 94 SGB XI temelinde toplanır ve işlenir. Veri işleme ve haklarınız ile ilgili daha fazla bilgiye ulaşmak için lütfen ekte bulunan bilgilere ve kkh.de/datenschutz web sitemize göz atın. Bu uygulamadaki tüm bilgilerin doğruluğunu imzam ile onaylarım.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 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.

Tarih | Datum

X

İmza | Unterschrift

KKH Kaufmännische Krankenkasse

30125 Hannover

Telefon | Telefon 0800 5548640554

service@kkh.de

kkh.de