

## Üyelik başvurusu

Evet,

tarihinden itibaren BERGISCHE Sağlık Sigortasına üye olmak istiyorum.

### Kişisel bilgiler

Soyadı, Adı

Cinsiyet  Erkek  Kadın

Sokak ve ev numarası, posta kodu ve şehir

Telefon (isteğe bağlı bilgi)

Cep telefonu (isteğe bağlı bilgi)

Doğum tarihi

E-posta (isteğe bağlı bilgi)

Sigortalı numarası

Kızlık soyadı

Doğum yeri

Doğduğu ülke

Uyruğu

Medeni durumu

IBAN (geri ödemeler için)

Son 18 aydır aşağıdaki sağlık sigortasında sigortalıyım

Son 3 yıldır isteğe bağlı tarife sözleşmesi akdettim

Evet  Hayır

BERGISCHE Sağlık Sigortasında aşağıdaki şekilde sigorta yaptırıyorum

Zorunlu üye  Şu şekilde gönüllü üye

Emekli maaşı alıyorum (Lütfen emeklilik kararının suretini ekleyin.)

Evet  Hayır

Serbest çalışıyorum

Evet  Hayır

Katkıyı ödeyecek kişi

İşveren  Ben  Sanatçı Sosyal Yardım Fonu

Eşim kendisi sigorta yaptırmış olup şu sigortanın üyesidir

(isteğe bağlı bilgi)

BERGISCHE'den şu şekilde haberdar oldum

(isteğe bağlı bilgi, örneğin kampanya günü, işveren, isim ve danışman numarası dâhil sigorta aracısı, internet, tavsiye, diğer)

İşverenim (veya üniversite, eğitim işletmesi vb.)

Adı

İrtibat kişisi

İşletme numarası

Sokak ve ev numarası, posta kodu ve şehir

Telefon

İşim

İş yeri

Lütfen bize üyelik başvurunuz ile birlikte **fesih onayınızı** da gönderin.

**Not:** Kural olarak sağlık sigortası ile birlikte bakım sigortası koruması da başlar.

Bu veriler, Sosyal Güvenlik Kanunu Bölüm V Madde 284 Fıkra 1 ve Sosyal Güvenlik Kanunu Bölüm XI Madde 94 Fıkra 1'e uygun olarak görevlerimizi yerine getirmek için işlenecektir. Sosyal Güvenlik Kanunu Bölüm V Madde 198 ila 206 gereğince bu verileri verme yükümlülüğünüz bulunmaktadır. Verilerinizin işlenmesine ve haklarınıza ilişkin genel bilgileri [www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz) adresinde bulabilirsiniz veya bu bilgiler, talebiniz üzerine size verilecektir. İsteğe bağlı verdiğimiz verilerin işlenmesini, benim için olumsuz sonuçlar doğurmaksızın reddedebilir veya gelecekte geçerli olacak şekilde istediğim zaman iptal edebilirim. Bunun, bu onaya istinaden verilerimin şimdiye kadarki işlenmesinin yasallığını etkilemediğini biliyorum. İptal beyanımı gönderebileceğim adres: BERGISCHE Krankenkasse, 42715 Solingen.

Pencere zarf için hazırlanmıştır

**BERGISCHE KRANKENKASSE**  
42715 Solingen

Yer, tarih, imza

Marketing

İç işlemler için/danışman numarası