

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

KKH

Katkı Payı Olmayan Aile Sigortası Hakkında Bilgilendirme

Stellen Sie den Antrag auch gerne online! Mehr Informationen unter: kkh.de/familienversicherung

Başvurunuzu çevrimiçi olarak da yapabilirsiniz! Daha fazla bilgi için: kkh.de/familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds Üye Genel Bilgileri

Name, Vorname (Mitglied) _____
Soyadı, Adı (Üye)

Anschrift _____
Adres

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Doğum Tarihi Servis Numarası

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
Medeni Hali Bekar Evli Ayrı Yaşayan Boşanmış Dul

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)
Hayat Ortaklığı Kanunu'na (LPartG) göre kayıtlı olan hayat arkadaşı (Bu durumda olanlar "Eş" başlığı altındaki bilgileri doldurmalıdır.)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
Aile sigortasına dahil olan yakınlarımın kayıt nedeni: Üyeliğimden dolayı Çocuğun Doğumu Evlilik

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges _____
Bundan önceki üyeliğin bitirilmesi Yurt Dışından Taşınma Diğer

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
Bana gün içinde ulaşabileceğiniz telefon numarası: (İsteğe bağlı bilgi) Cep Telefonu (İsteğe bağlı bilgi)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
veya E-posta (İsteğe bağlı bilgi).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ bei Familienversicherung von Kindern Çocukların Aile Sigortası için Eş/Hayat Arkadaşı Bilgileri¹⁾

Nachfolgende Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen und Ihr Ehegatte/Lebenspartner¹⁾ mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners¹⁾ und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Sadece çocuklarınız aile üyesi olarak sigortalanacaksa ve eşiniz/hayat¹⁾ arkadaşınız çocuklarınızla akrabaysa, eşiniz/hayat¹⁾ arkadaşınız için de aşağıdaki bilgileri talep ediyoruz. Bu durumda, genel bilgilere ek olarak, eşin / hayat arkadaşının sigortası hakkında bilgi ve - eş / hayat¹⁾ arkadaşı yasal sigorta kapsamında sigortalı değilse - geliri hakkında bilgi de gerekmektedir. Ancak bu durumda gelirin gelir belgesi ile kanıtlanması zorunludur. Medeni durum göz önünde bulundurularak ödenen ek ödemeler gelir bilgilerinde dikkate alınmaz.

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Soyadı, Adı varsa farklı adres

Mein Ehe-/Lebenspartner¹⁾ ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) familienversichert nicht gesetzlich versichert.
Eşim/Hayat arkadaşım¹⁾ kendi üzerinden sigortalıdır (üye) aile üzerinden sigortalıdır kanunen sigortalı değildir.

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte _____ €
Sağlık Sigortasının Adı/Merkezi Aylık Geliri

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) _____
Gelir türü (ör. serbest meslek kazancı, maaş vb.)

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners¹⁾ ist regelmäßig höher als mein eigenes. ja
Eşimin/Hayat arkadaşımın¹⁾ geliri düzenli olarak benim gelirimden daha yüksek. Evet

¹⁾ Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

¹⁾ Hayat arkadaşı aynı cinsiyetten ise bu kişiler hayat arkadaşlıklarını hayat arkadaşlığı hakkında kanuna (LPartG) göre bildirmiş olmalıdır.

Bitte wenden!
Lütfen sayfayı çevirin!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen Aile Bireyleri Hakkında Genel Bilgiler

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Farklı sağlık sigortası şirketlerinde eş zamanlı olarak aile sigortasının uygulanması kanunen yasaktır. Lütfen vereceğiniz bilgilerle iki yerde aile sigortanızın olmadığını belgeleyiniz.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Eş k e x d ²⁾	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Çocuk k e x d ²⁾	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d ²⁾ Çocuk k e x d ²⁾
Familienversicherung wird beantragt ab Aile Sigortası Başvuru Tarihi	_____	_____	_____
Name Soyadı	_____	_____	_____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

(Üye ile aile üyesinin benzer bir soyadı yoksa medeni ilişki durumları uygun belgelerle (ör. evlilik cüzdanı, hayat arkadaşlığı belgesi, doğum kaydı) veya sunulmaları mümkün değilse (ör. uçuş veya taşınma nedeniyle geride unutulmuş ya da kaybolmuşlarsa) başka uygun belgelerle (ör. çocuk yardımı bildirimini) kanıtlanırlar.)

Vorname Adı	_____	_____	_____
Geburtsdatum Doğum Tarihi	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift varsa farklı adres	_____	_____	_____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied Üye ile Akrabalık Derecesi	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ³⁾ Öz Çocuk ³⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey Çocuk	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ³⁾ Öz Çocuk ³⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey Çocuk
	<input type="checkbox"/> Enkel Torun	<input type="checkbox"/> Pflegekind Bakım İçin Alınan Çocuk	<input type="checkbox"/> Enkel Torun	<input type="checkbox"/> Pflegekind Bakım İçin Alınan Çocuk
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt Üyenin eşi çocukla akrabadır.	<input type="checkbox"/> nein Hayır		<input type="checkbox"/> nein Hayır	

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen Aile Bireylerinin Daha Önceki Sigortalılıklarına İlişkin Bilgiler

	Ehegatte Eş	Kind Çocuk	Kind Çocuk
Bisherige Krankenversicherung Şimdiye Kadar Sağlık Sigortası	_____	_____	_____
bis Süre	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert skendi üzerinden sigortalı	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert Kendi üzerinden sigortalı	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert Kendi üzerinden sigortalı
	<input type="checkbox"/> privat versichert Özel sigortalı	<input type="checkbox"/> privat versichert Özel sigortalı	<input type="checkbox"/> privat versichert Özel sigortalı
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei Aile sigortasında	<input type="checkbox"/> familienversichert bei Aile sigortasında	<input type="checkbox"/> familienversichert bei Aile sigortasında
Name, Vorname Soyadı, Adı	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert Sigortalı değil	<input type="checkbox"/> nicht versichert Sigortalı değil	<input type="checkbox"/> nicht versichert Sigortalı değil

²⁾ w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

²⁾ k = kadın, e = erkek, x = Belirtilmemiş, d = Diğer

³⁾ Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

³⁾ "Öz çocuk" ifadesi evlatlık çocuklar için de kullanılır.

Bitte wenden!
Lütfen sayfayı çevirin!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen Aile Bireylerine Ait Diğer Bilgiler

	Ehegatte Eş	Kind _____ Çocuk	Kind _____ Çocuk
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Serbest meslek faaliyeti var.	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. İşçi çalıştırılır.	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet
Höhe des Gewinns Gelir	monatl. _____ € Aylık	monatl. _____ € Aylık	monatl. _____ € Aylık
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (Lütfen gelir belgesi fotokopisini ekleyiniz!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Brüt maaş Cüzi çalışma (aylık)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! Yasal emeklilik, bakım maaşları, işletme emekliliği, yurt dışı emeklilik, diğer emeklilikler (aylık ödeme miktarı) Lütfen belgelerinizi ekleyiniz!	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Diğer düzenli aylık gelirler Gelir vergisi hukuku anlamında (ör. cüzi çalışmadan brüt maaş, kiralama veya icar gelirleri Varlık - lütfen belgeleri ekleyiniz)	_____ € Art der Einkünfte Gelir Türü	_____ € Art der Einkünfte Gelir Türü	_____ € Art der Einkünfte Gelir Türü
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Diğer Gelirler (ör. iş kaybindan dolayı tazminat)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Okul/Üniversite başlangıç ...			
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) tahmini bitiş tarihi ... (23 yaşından itibaren lütfen kanıt niteliğinde belge ekleyiniz)			
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Kanunla düzenlenen askerlik hizmeti veya sivil ya da gönüllü hizmet başlangıç ... bitiş ... (Lütfen belge ekleyiniz)			

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen) Aile sigortalıları için verilen sigorta numarası bilgileri (lütfen her zaman doldurunuz)

	Ehegatte Eş	Kind _____ Çocuk	Kind _____ Çocuk
Rentenversicherungsnummer Emeklilik Sigorta Numarası	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Aşağıdaki bilgiler sadece emeklilik sigortası numarası olmadığı takdirde verilmelidir:			
Geburtsname Evlenden önceki soyadı	_____	_____	_____
Geburtsort Doğum Yeri	_____	_____	_____
Geburtsland Ülke	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Uyruğu	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Lütfen sayfayı çevirin!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Bilgilerin doğruluğunu onaylarım. Değişiklikler hakkında bilgi vereceğim. Bu husus özellikle yukarıda belirtilen aile bireylerinin gelirlerinde değişiklik (ör. serbest meslek faaliyetinde yeni gelir beyanları) olması veya bunların (başka) bir sağlık sigortasına üye olması durumunda da geçerlidir.

Ort, Datum Yer, Tarih	X Unterschrift des Mitglieds Üyenin İmzası	X ggf. Unterschrift der Familienangehörigen gerekliyse Aile Bireyinin İmzası
--------------------------	---	---

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

İmzama birlikte gerekli bilgilerin aktarılması konusunda aile bireylerinden izin aldığımı beyan ederim. Ayrı yaşayan aile bireylerinde aile bireyinin veya yasal velisinin imzası yeterlidir.

Datenschutz Veri Gizliliği

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Veri Gizliliği Talimatı (2016/679 (AB) Yönetmeliğinin 13. maddesi): Aile sigortasını değerlendirebilmemiz için, katılımınızın SGB V Madde 10 (6), 289 uyarınca yapılması gerekmektedir. Veriler, sigortalılık ilişkisinin tespiti için toplanmak zorundadır (SGB V Madde 10, 284, KVLG 1989, Madde 7, SGB XI Madde 25). İsteğe bağlı iletişim bilgileri, yalnızca sigortalılık durumunuzla ilgili sorular için kullanılacaktır..

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.

Başvurunuzu doldurduktan sonra lütfen KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover adresine gönderin.