



Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Katkı Payı Olmayan Aile Sigortası Dilekçesi

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)
(Genel bilgileri bu adreste bulabilirsiniz: kkh.de/voraussetzungen)

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 (Isteğe bağlı bilgi) Cep telefonu (Isteğe bağlı bilgi)

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

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern Çocukların aile sigortasında* eş/hayat arkadaşı bilgileri

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

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja nein
Eşim/hayat arkadaşım* kendi üzerinden sigortalıdır Evet Hayır

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Sağlık sigortasının adı/merkezi Aylık geliri¹⁾ _____

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Gelir türü (ör. serbest meslek kazancı, maaş vb.)¹⁾ _____

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes¹⁾ ja
Eşimin/hayat arkadaşımın geliri düzenli olarak benim gelirimden daha yüksek¹⁾ Evet

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

¹⁾Bu bilgiler sadece eşinizin/hayat arkadaşınızın yasal sağlık sigortasının olmaması ve aile sigortası başvuru çocuklarla akraba olması halinde gereklidir. Bu durumda gelirin mutlaka belgelendirilmesi (örn. Gelir Vergisi Belgesi) zorunludur. Aileye ödenen katkı payları, gelir bildiriminde göz önüne alınmaz.

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
* Hayat arkadaşı aynı cinsiyetten ise bu kişiler hayat arkadaşlıklarını hayat arkadaşlığı hakkında kanuna (LPartG) göre bildirmiş olmalıdır.

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.

Aynı zamanda farklı hastalık kasalarında aile sigortası uygulamasına yasal açıdan izin verilmemiştir. Lütfen vereceğiniz bilgiler ile iki yerde aile sigortalılığınızın olmadığını belgeleyiniz.

	Ehegatte Eş	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d** Kadın Erkek d**	Kind Çocuk	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d** Kadın Erkek d**	Kind Çocuk	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d** Kadın Erkek d**	
Familienversicherung wird beantragt ab Aile sigortasının başvuru tarihi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei.) Soyadı (Lütfen üyenin soyadının farklı olması halinde ör. evlilik cüzdanı gibi belge ekleyiniz)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Vorname Adı	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Geburtsdatum Doğum tarihi	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
ggf. abweichende Anschrift Gerekirse farklı adres	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied Üye ile akrabalık derecesi ²⁾ Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden ²⁾ “Öz çocuk“ ifadesi evlatlık çocuklar için de kullanılır		<input type="checkbox"/> leibl. Kind ²⁾ Öz çocuk ²⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey çocuk	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ²⁾ Öz çocuk ²⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey çocuk	<input type="checkbox"/> leibl. Kind ²⁾ Öz çocuk ²⁾	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey çocuk
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt Üyenin eşi çocukla akrabadır		<input type="checkbox"/> Enkel Torun	<input type="checkbox"/> Pflegekind Bakım için alınan çocuk	<input type="checkbox"/> Enkel Torun	<input type="checkbox"/> Pflegekind Bakım için alınan çocuk	<input type="checkbox"/> Enkel Torun	<input type="checkbox"/> Pflegekind Bakım için alınan çocuk
		<input type="checkbox"/> nein Hayır		<input type="checkbox"/> nein Hayır		<input type="checkbox"/> nein Hayır	

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Aile bireylerinin daha önceki sigortalılıklarına ilişkin bilgiler

	Ehegatte Eş	Kind Çocuk	Kind Çocuk
Bisherige Krankenversicherung, bis Şimdiye kadar sağlık sigortası, tarihi	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert Kendi 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

** d = divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG

** d = "Diğer" ifadesi Medeni Hal Kanunu 22. Madde Paragraf 3 uyarınca

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 belgelerini 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
Schule/Studium vom ... Okul/Üniversite başlangıç ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) tahmini bitiş tarihi ... (23 yaşından itibaren lütfen kanıt niteliğinde belge ekleyin)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Askerlik veya sivil ya da gönüllü hizmet başl. ... bitiş ... (Lütfen belge ekleyiniz)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufs- genossenschaft oder anderen Trägern. Herhangi bir tanınmış emeklilik kurumu, meslek birliği veya diğer kurumlardan tanınmış ödeme hakları mevcut	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet	<input type="checkbox"/> ja Evet

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 Kızlık soyadı	_____	_____	_____
Geburtsort Doğum yeri	_____	_____	_____
Geburtsland Ülke	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Uyruğu	_____	_____	_____

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.

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 onaylım. 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 hastalık kasasına üye olması durumunda da geçerlidir.

Ort, Datum Yer, Tarih	X Unterschrift des Mitglieds Üyenin imzası	X ggf. Unterschrift der Familienangehörigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben 15 yaşını doldurmuş aile bireyinin imzası
--------------------------	---	--

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 ilae bireylerinde aile bireyinin veya yasal velisinin imzası yeterlidir.

Datenschutz

Veri gizliliği

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 50 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Antragsbearbeitung zur Familienversicherung erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite kkh.de/datenschutz

Bu bilgiler, § 284 (1) Cümle 1 No. 1 SGB V ve § 50 (1) SGB XI ile bağlantılı olarak § 94 (1) No. 1 uyarınca KKH'nin görevlerini ve aile sigortası başvurusunun işlenmesini yerine getirmek için toplanılır ve kullanılır. Veri işleme ve haklarınız hakkında daha fazla bilgi edinmek isterseniz lütfen web sitemizi inceleyin: kkh.de/datenschutz

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover
Başvurunuzu doldurduktan sonra lütfen KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover'e gönderin