

## Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Katkı Payı Olmayan Aile Sigortası Hakkında Bilgilendirme

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: [kkh.de/voraussetzungen](http://kkh.de/voraussetzungen))

(Genel bilgileri bu adreste bulabilirsiniz: [kkh.de/voraussetzungen](http://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 arkadaşlığı (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/Lebenspartner\* bei Familienversicherung von Kindern Çocukların Aile Sigortası için Eş/Hayat Arkadaşı Bilgileri\*

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

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

Name/Sitz der Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Höhe seiner mtl. Einkünfte<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ €  
Sağlık Sigortasının Adı/Merkezi Aylık Geliri<sup>1)</sup>

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Gelir türü (ör. serbest meslek kazancı, maaş vb.)<sup>1)</sup>

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.<sup>1)</sup>  ja  
Eşimin/Hayat arkadaşımın geliri düzenli olarak benim gelirimden daha yüksek.<sup>1)</sup> Evet

<sup>1)</sup>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.

<sup>1)</sup>Bu bilgiler sadece eşinizin/hayat arkadaşınızın yasal sağlık sigortasının olmaması ve aile sigortası için başvuru çocuklarla akraba olması halinde gereklidir. Bu durumda gelirinin mutlaka belgelendirilmesi (ör. Gelir Vergisi Belgesi) zorunludur. Medeni halden dolayı ödenen katkı payları, gelir bildiriminde göz önüne alınmaz.

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

\* Hayat arkadaşını 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 Eş	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d** k e x d**	Kind Çocuk	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d** k e x d**	Kind Çocuk	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d** k e x d**
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) kanıtlanır.)

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

### Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied

Üye ile Akrabalık Derecesi

<sup>2)</sup>Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

<sup>2)</sup>“Öz çocuk” ifadesi evlatlık çocuklar için de kullanılır.

<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>2)</sup> Öz Çocuk <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> Stiefkind Üvey Çocuk	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>2)</sup> Öz Çocuk <sup>2)</sup>	<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.

nein  
Hayır

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 Kendi üzerinden sigortalı	<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"/> 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	<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	<input type="checkbox"/> nicht versichert Sigortalı değil

\*\* w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

\*\* k = kadın, e = erkek, x = Belirtilmemiş, d = Diğer

**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)	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte Gelir Türü	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte Gelir Türü	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte Gelir Türü	_____ €	_____ €	_____ €
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 kayıbindan 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 Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Askerlik veya sivil ya da gönüllü hizmet başlangıç ... 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 Evlenden önceki soyadı	_____	_____	_____
Geburtsort Doğum Yeri	_____	_____	_____
Geburtsland Ülke	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Uyruğu	_____	_____	_____

Bitte wenden!  
Lütfen sayfayı çevirin!

## Einwilligungserklärungen Kabul Açıklaması

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

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

- Kundenbefragung  
Müşteri Anketleri
- KKH Produkte und Services  
KKH Ürünleri ve Hizmetleri
- 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 gelecekte 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 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	<b>X</b> Unterschrift des Mitglieds Üyenin imzası	<b>X</b> ggf. Unterschrift der Familienangehörigen gerekliyse 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. Aynı 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 Hauptverwaltung, 30125 Hannover.

Başvurunuzu doldurduktan sonra lütfen KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover adresine gönderin.