

**Sağlık/bakım sigortalısı numarası:**

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

**Üyenin soyadı adı**

Name, Vorname der/des Versicherten:

**Aile sigortasına kayıt için soru formu**

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Üyenin genel bilgileri   Allgemeine Angaben des Mitglieds
<b>Bugüne kadarki sağlık sigortası   Bisherige Krankenversicherung</b> <input type="checkbox"/> Yasal bir sağlık sigortasına üyelik   Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse _____ (Sağlık sigortasının adı ve merkezi)   (Name und Sitz der Krankenkasse) <input type="checkbox"/> Yasal bir sağlık sigortasında aile sigortası   Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> Yasal sağlık sigortam yok   nicht gesetzlich krankenversichert
<b>Medeni hal   Familienstand</b> <input type="checkbox"/> tarihinden beri evli   verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> tarihinden beri ayrı yaşıyor   getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> bekar   ledig <input type="checkbox"/> tarihinden beri boşanmış   geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> tarihinden beri dul   verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> tarihinden beri eş cins yaşam partnerliği   Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit _____ (Lütfen bilgileri "koca" başlığı altında veriniz)   (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)
<b>Aile sigortasına kayıt sebebi   Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung</b> <input type="checkbox"/> üyeliğimin başlaması   Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Çocuğun doğumu   Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Evlenme   Heirat <input type="checkbox"/> Mensubun önceki üyeliğinin sona ermesi   Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Başka   Sonstiges: _____
<b>Mensupların aile sigortasının başlangıcı</b> _____ (Veuillez indiquer la date) Beginn der Familienversicherung der Angehörigen _____ (Lütfen tarihi belirtiniz)
Sorularınız olması halinde gün boyunca _____ numaralı telefon altında ulaşılabilirim (gönüllü bilgi). Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe). E-Mail adresim _____ (gönüllü bilgi). Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).
<b>Aile mensupları ile ilgili bilgiler   Angaben zu Familienangehörigen</b> Aşağıdaki bilgiler esas itibarıyla sadece bizde aile sigortalısı olması istenilen aile mensupları için gereklidir. <b>Bundan farklı olarak eşinizle ilgili ayrıntılı bilgilere, burada sadece çocuklarınız için aile sigortası yapılacak ya da yapılmış olması halinde de ihtiyaç duymaktayız.</b> Bu durumda genel bilgilerin yanı sıra kocanın sigortası ve (eğer eşin yasal sigortası yoksa ve çocuklarla akraba ise) gelirleri ile ilgili bilgilere gerek duyulmaktadır; bununla birlikte gelirlerin mutlaka gelir belgeleriyle belgelenmeleri ve medeni hal gözetilerek yapılan ek ödemelerin gelirlerin bildirilmesinde dikkate alınmaması gerekmektedir. <b>Lütfen bir aile sigortasının eşzamanlı olarak çeşitli sağlık sandıklarında yürütülmesinin hukuken yasak olduğuna dikkat ediniz. Bu sebeple lütfen verdiğiniz bilgilerle çifte bir aile sigortasının söz konusu olamamasını garantiye alınız.</b>

Aile mensupları ile ilgili genel bilgiler   Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Eş   Ehegatte	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind
Soyadı   Name				
Şayet eşinizin veya çocukların soyadları farklıysa ve siz bu evrakları henüz ibraz etmediyseniz lütfen bir evlilik belgesi veya bir doğum belgesini ekleyiniz. Bu durum çifte soyadlarında veya farklı bitişlerde geçerli değildir.				
Adı   Vorname				
Cinsiyeti   Geschlecht (e = erkek, k = kadın, x = belirsiz) (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (e/m) <input type="checkbox"/> (k/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (e/m) <input type="checkbox"/> (k/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (e/m) <input type="checkbox"/> (k/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (e/m) <input type="checkbox"/> (k/w) <input type="checkbox"/> (x)
Doğum tarihi   Geburtsdatum				
Varsa farklı adres ggf. abweichende Anschrift				
Üyenin çocukla akrabalık ilişkisi Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<input type="checkbox"/> Öz evlat*   leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Üvey evlast   Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun   Enkel <input type="checkbox"/> Evlatlık   Pflegekind	<input type="checkbox"/> Öz evlat*   leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Üvey evlast   Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun   Enkel <input type="checkbox"/> Evlatlık   Pflegekind	<input type="checkbox"/> Öz evlat*   leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Üvey evlast   Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun   Enkel <input type="checkbox"/> Evlatlık   Pflegekind
* Öz evlat* tanımlaması nüfusuna aldığınız evlatlıklar için de geçerlidir.   * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
Eşiniz çocukla akraba mı? (Lütfen sadece akrabalık ilişkisi olmaması halinde işaretleyiniz) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Hayır   Nein	<input type="checkbox"/> Hayır   Nein	<input type="checkbox"/> Hayır   Nein
Bu zamana kadarki son ve halen devam etmekte olan aile mensupları ile ilgili bilgiler.				
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Eş   Ehegatte	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind
Bugüne kadarki sigortanın Die bisherige Versicherung • Bitiş tarihi:   endete am: • İlgili sigorta kurumu:   bestand bei: (Sağlık sigortasının adı) (Name der Krankenkasse)				
Bugüne kadarki sigortanın şekli: Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Üyelik Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Aile sigortası Familienversicherung <input type="checkbox"/> Yasal zorunlu olmayan   nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Üyelik Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Aile sigortası Familienversicherung <input type="checkbox"/> Yasal zorunlu olmayan   nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Üyelik Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Aile sigortası Familienversicherung <input type="checkbox"/> Yasal zorunlu olmayan   nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Üyelik Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Aile sigortası Familienversicherung <input type="checkbox"/> Yasal zorunlu olmayan   nicht gesetzlich
Şayet en son bir aile sigortası vardı ise, üyeliği sebebiyle aile sigortasının yapılmasına vesile olan kişinin soyadı ve adı Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Adı)   (Vorname)  (Soyadı)   (Name)	(Adı)   (Vorname)  (Soyadı)   (Name)	(Adı)   (Vorname)  (Soyadı)   (Name)	(Adı)   (Vorname)  (Soyadı)   (Name)
Bugüne kadarki sigortanın hala devam ettiği yer: (Hastalık kasasının / Sağlık sigortasının adı) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				
Aile mensupları ile ilgili başkaca bilgiler   Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Eş   Ehegatte	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind
Serbest meslek faaliyeti mevcut. Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Evet   Ja	<input type="checkbox"/> Evet   Ja	<input type="checkbox"/> Evet   Ja	<input type="checkbox"/> Evet   Ja
Serbest meslek faaliyetinden elde edilen gelir (aylık) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Güncel gelir vergisi bildiriminin bir kopyasını ekleyiniz.   Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Cüzi geliri faaliyetten elde edile brüt çalışma ücreti (aylık) Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Aile mensupları ile ilgili başkaca bilgiler   Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Eş   Ehegatte	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind
Yasal emeklilik, Ek emekli yardımları, işletme emekliliği, yurtdışı emekliliği, başkaca emeklilikler (aylık ödenen meblağ) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)
Cüzi gelirden fazla getirili faaliyetten elde edile brüt çalışma ücreti (aylık ortalama) Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Gelir vergisi Hukuku bağlamında başkaca düzenli aylık gelirler (örneğin kira gelirleri ve sermaye-varlığından elde edilen gelir) Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)	_____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte) _____ EUR (Gelirlerin türü) (Art der Einkünfte)
Tahsil (Lütfen 23 yaş ve üstü çocuklar için okul veya öğrenim belgesini ekleyiniz.) Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	_____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____
Askerlik hizmeti / sivil hizmet / resmi olarak düzenlenmiş gönüllü hizmet Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	_____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____	tarihinden   vom _____ tarihine   bis _____

Aile mensupları ile ilgili başkaca bilgiler   Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Eş   Ehegatte	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind	Çocuk   Kind
Emeklilik sigortası numarası Rentenversicherungsnummer				
Doğumdan soyadı   Geburtsname				
Doğum yeri / doğum ülkesi Geburtsort / Geburtsland				
Uyruğu   Staatsangehörigkeit				

**Verilerin doğru olduğunu onaylıyorum. Değişiklikler hakkında sizi derhal bilgilendireceğim. Bu özellikle yukarıda belirtilen aile mensuplarının gelirleri değiştiğinde (örneğin serbest meslek faaliyetinde yeni gelir vergisi bildirimini) veya bunlar bir (başka) aile sigortasının üyesi olduklarında geçerlidir.**

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

Yer, tarih | Ort, Datum

Üyenin imzası | Unterschrift des Mitglieds

Lüzumu halinde aile mensubunun imzası  
ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

İmza ile aile mensuplarının gerekli bilgilerin verilmesine yönelik onaylarını aldığımı beyan ediyorum.

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ayrı yaşayan aile mensuplarında aile mensubunun imzası yeterlidir

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Veri koruma bilgisi (Sosyal Kanun (SGB) X madde 67 fıkra 3): Aile sigortasını değerlendirebilmemiz için Sosyal Kanun (SGB) V maddeler 10 fıkra 6, 289, gereğince sizin katılımınız gerekmektedir. Verilerin sigorta durumunun tespiti için alınmaları gerekmektedir (Sosyal Kanun (SGB) V maddeler 10, 284, Sosyal Kanun (SGB) XI madde 25)

Bağlantı verileri ile ilgili gönüllü bilgiler sadece sizin sigorta durumunuz ile ilgili sorular için kullanılmaktadırlar.