

Çocuğum/Çocuklarım İçin Katkıdan Muaf Aile Sigortası

Katkıdan muaf aile sigortası için çocuğunuz/çocuklarınızla ve gerekirse kocanızla alakalı bazı bilgilere ihtiyacımı vardır.

Birinci sorumuz: Evli misiniz?/Sind Sie verheiratet? evet/ja hayır/nein



Ortak Yaşam Kanunu (LPartG) önünde hayat arkadaşları ve kocalar eşittir. Anlaşılması kolay olması için burada yalnızca "Koca" ifadesini kullanacağız. LPartG kanununa göre aynı cinsle resmi bir eşlilik durumunuz varsa, o zaman evli olduğunuzu lütfen belirtin.

Aynı anda farklı sigorta kurumlarından aile sigortası yaptırmanın hukuken yasak olduğunu unutmayın. Bu nedenle bir çiftte aile sigortası olmadığından emin olun.

A		Yeni baştan sigortalamak veya sigortasını devam ettirmek istediğiniz çocuk/çocuklarla ilgili bilgiler	
Genel bilgiler/Allgemeine Angaben		Çocuk/Kind	
1	Adı/Vorname		
2	Farklı soyadı/Abweichender Familienname (lütfe doğum belgesini ekleyin)		
3	Doğum tarihi/Geburtsdatum		
4	Cinsiyet/Geschlecht	<input type="checkbox"/> kadın/weiblich <input type="checkbox"/> erkek/männlich	<input type="checkbox"/> kadın/weiblich <input type="checkbox"/> erkek/männlich
5	Çocuk benim.../Das Kind ist mein... „biyolojik çocuk“ ifadesi evlat edinmelerde de kullanılmalıdır.	<input type="checkbox"/> biyolojik çocuğum/leibliches Kind <input type="checkbox"/> üvey çocuğum/Stiefkind <input type="checkbox"/> torunum/Enkelkind <input type="checkbox"/> baktığım çocuk/Pflegekind	<input type="checkbox"/> biyolojik çocuğum/leibliches Kind <input type="checkbox"/> üvey çocuğum/Stiefkind <input type="checkbox"/> torunum/Enkelkind <input type="checkbox"/> baktığım çocuk/Pflegekind
6		<input type="checkbox"/> evet/ja <input type="checkbox"/> hayır/nein	<input type="checkbox"/> evet/ja <input type="checkbox"/> hayır/nein
7	Adres/Anschrift Cadde/Straße Posta kodu/şehir/PLZ/Ort Ülke/Land		
8	Emeklilik sigortası no./RV-Nr.		
9	Çocuğün henüz kendine ait bir emeklilik sigortası numarası yoksa 9 - 12 arası satırları kullanın./Zeilen 9 - 12 nur ausfüllen, falls das Kind noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.		
10	Kişiye özgü ve ölene kadar kullanılacak olan sağlık sigortası numarasını vermemiz için bu bilgilere ihtiyacımız var.	Ad/Geburtsname	
11	Doğum yeri/Geburtsort		
12	Doğulan ülke/Geburtsland		
13	Vatandaşlık/Staatsangehörigkeit		
13	Çocuk, bana ait aile sigortası kapsamında şu tarihten itibaren sigortalı olsun./Das Kind soll bei mir beitragsfrei familienversichert sein ab		
Önceki sigortayla alakalı bilgiler/Angaben zur Vorversicherung			
14	Çocuk bu zamana kadar nasıl bir sağlık sigortasına sahipti?/Wie war das Kind bisher krankenversichert?	<input type="checkbox"/> sigortası yok/gar nicht <input type="checkbox"/> özel/privat <input type="checkbox"/> aile sigortası/familienversichert <input type="checkbox"/> kendi sigortası/eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> sigortası yok/gar nicht <input type="checkbox"/> özel/privat <input type="checkbox"/> aile sigortası/familienversichert <input type="checkbox"/> kendi sigortası/eigene Versicherung
15	Ne zamana kadar?/bis wann? Tarih/Datum		
16	Hangi sağlık sigortasında/özel sigortada?/bei welcher Krankenkasse/Privatversicherung? Adres/Anschrift		
17	Ana sigortalı kimdi?/wer war der Hauptversicherte? Adı/Name Doğum tarihi/Geburtsdatum		
Faaliyet bilgileri/Angaben zur Tätigkeit			
18	Şu anda yapılan faaliyet/Zurzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> kendi kendine yetiyor/selbstständig <input type="checkbox"/> mesleki eğitim alıyor/Berufsausbildung <input type="checkbox"/> okula gidiyor/Schulbesuch <input type="checkbox"/> üniversite eğitimi alıyor/Studium	<input type="checkbox"/> kendi kendine yetiyor/selbstständig <input type="checkbox"/> mesleki eğitim alıyor/Berufsausbildung <input type="checkbox"/> okula gidiyor/Schulbesuch <input type="checkbox"/> üniversite eğitimi alıyor/Studium
19	tahmini bitiş/voraussichtlich bis Tarih/Datum		
Önemli: 23 yaşından büyük çocuklarda okula gitme söz konusuysa, güncel okul belgesini ekleyin. Yurtdışında üniversite okunuyorsa, üniversite belgesini ekleyin.			
20	Üniversitede/yüksek okulda eğitim/Studium an der Uni/Fachhochschule Adı/Name		
21	Askerlik hizmeti/sosyal hizmet yapıldı/Wehr-/Zivil-/Freiwilligendienst geleistet başlangıç – bitiş/vom – bis		Önemli: Hizmet süresi belgesini ekleyin
Çocuk/çocuklarla alakalı bilgilerin devamı arka sayfada			
Lütfen çevirin ▶▶▶			

Çocuğun/çocukların gelir bilgileri/Angaben zu Einkünften des Kindes/der Kinder			
22	Kendi işi/Selbstständige Tätigkeit (güncel gelir vergisi beyanının bir kopyasını ekleyin.)	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir/mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir (kazanç)/mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
23	Geçici işlerden elde edilen ücret/Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir/mtl. Bruttoeinkünfte €	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir/mtl. Bruttoeinkünfte €
24	İşsizlik parası II geliri/ Bezug von Arbeitslosengeld II	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____
25	Yasal emeklilik bakım yardımı, kıdem tazminatı, yurtdışı emeklilikleri, diğer emeklilikler/ Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık ödeme tutarı/ mtl. Zahlbetrag €	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık ödeme tutarı/ mtl. Zahlbetrag €
26	Gelir vergisi yasası kapsamına giren diğer aylık düzenli gelirler/Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (örn. birden fazla geçici işten elde edilen brüt ücret, kira gelirler, sermaye gelirleri)	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir/ mtl. Bruttoeinkünfte €	başlangıç/vom _____ bitiş/bis _____ aylık brüt gelir/ mtl. Bruttoeinkünfte €
		Tek/özel ödeme/ Einmal-/Sonderzahlung €	Tek/özel ödeme/ Einmal-/Sonderzahlung €
27	Bir yardım yasası kapsamında (BVG, SVG, OEG vb.) yardım alma hakları vardır/Es bestehen Leistungsansprüche nach einem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG vb.)	<input type="checkbox"/> evet/ja	<input type="checkbox"/> evet/ja

B Kocayla ilgili bilgiler/ Angaben zum Ehegatten		Evlisizseniz fakat sadece çocuğa/çocuklara DAK-Gesundheit aile sigortası yaptırmak istiyorsanız mutlaka doldurun.	
1	Adı/doğum tarihi/Vorname/Geburtsdatum	/	
2	Farklı soyadı/Abweichender Familienname		
3	Kocamın çocukla veya çocuklarla akrabalık ilişkisi var/Mein Ehegatte ist mit dem Kind bzw. den Kindern verwandt	<input type="checkbox"/> evet/ja	<input type="checkbox"/> hayır/nein <i>şayet „hayırsa“ kocayla ilgili başka bilgiye gerek yok</i>
4	Kocam bizzat yasal sağlık sigortasına üye/ Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> evet/ja	<input type="checkbox"/> hayır/nein <i>şayet „evetse“ 5. satırında dışında kocayla ilgili başka bilgiye</i>
5	ilgili kurum/und zwar bei der	Adı/Name	
6	Kocamın kendi geliri var/ Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte	<input type="checkbox"/> hayır/nein (örneğin işsizlik parası, kendi işinden elde ettiği gelirler, yasal ve özel emeklilikler, yurtdışı emekliliği, sosyal yardımları, kira geliri, sermaye geliri, örn. Noel ve tatil parası gibi tek/özel ödemeler).	
7	şayet „evetse“: gelirlerinizle ilgili bilgiler de verin (satır 9)	aylık brüt gelir/ mtl. Bruttoeinkünfte €	Bir kez ödeme/Einmalzahlung €
8			Özel ödeme/Sonderzahlung €
9	Benim şu gelirlerim var/ Ich selbst habe folgende Einkünfte	Income in terms of the income tax law (see above)	
		aylık brüt gelir/ mtl. Bruttoeinkünfte €	Bir kez ödeme/Einmalzahlung €
			Özel ödeme/Sonderzahlung €
		Tüm gelirleri bilemeyeceğimiz için lütfen belirtin.	
satır 7 - 9 için		Gelir belgesini ekleyin (örn. güncel gelir vergisi beyanı, günce ücret belgesi), Aile katkıları da (örn. evlenme/çocuk yardımları).	

c İmza/Unterschrift		Aile bireyleri ayrı yaşıyorsa yetkili aile bireyinin imzası yeterlidir.	
İşbu imzayla söz konusu aile bireyleriyle ilgili bilgileri eksiksiz ve doğru olduğunu beyan ederim. Bu bilgilerin değişmesi durumunda size bunun hakkında en kısa sürede bilgi vereceğim. Bu husus özellikle söz konusu aile bireylerinin gelir şartlarında bir değişim olduğunda veya aile bireyleri bizzat DAK-Gesundheit'a veya başka bir sağlık sigortası kurumuna üye olursa geçerlidir.			
		Sorularınız için gün boyu bana ulaşabilirsiniz/ Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar (zorunlu değildir)	
Tarih/üyenin imzası/ Datum/Unterschrift des Mitglieds	Tarih/aile bireyinin imzası/ Datum/Unterschrift der/des Familienangehörigen	Alan kodu/Vorwahl:	
		Çağrı numarası/Rufnummer:	