

Aile Saglik Sigortasi / Familienversicherung

Aile Saglik Sigortasi Belgesi, itibaren / Antrag auf Familienversicherung, ab:

Tarih / Datum: _____ tarihleri arasinda / vom-bis: _____

Üye Soyadi / Name des Mitglieds: _____ Adi / Vorname: _____ Dogum tarihi / Geburtsdatum: _____

Üye hakkında genel bilgiler / Allgemeine Angaben des Mitglieds

Su anda veya daha önce / Ich bin, ich war

- Sahsen üye idim / im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft:
 Aile Saglik sigortasi dahilinde ücretsiz üye idim / im Rahmen einer Familienversicherung:
Nerede Sigortalı idiniz / versichert bei _____ (Saglik Sigortasi adi / Name der Krankenkasse)
 Kanunen mecburi olmayan özel Saglik sigortasi / nicht gesetzlich krankenversichert

Üyenin Ailevi durumu / Familienstand des Mitglieds:

- Bekar / ledig Evli / verheiratet Ayri yasiyor / getrennt lebend Bosanmis / geschieden Dul / verwitwet
 LPartG Birlikte yasayis kanununa göre Kayitli beraber yasam (bu durumda lütfen Evli bölümünü doldurunuz)
Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Esım / Mein Ehepartner ist

- Benim üyeligim üzerinden kayitli Aile sigortalı / bei mir familienversichert
 Sigortasız / nicht krankenversichert
 Kendisi ... Sigortasinda bizzat üye / selbst Mitglied folgender Krankenkasse:
_____ (Saglik Sigortasinin veya özel Sigortanin adi – Name der Krankenkasse)
 Özel sigortalı / privat krankenversichert bei:
_____ (Saglik Sigortasinin veya özel Sigortanin adi – Name der privaten Versicherung)

Aile sigortasina alinma gerekcesi / Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Üyeligimin baslama tarihi / Beginn meiner Mitgliedschaft Dogum / Geburt des Kindes Evlilik / Heirat
 Aile üyesinin kendi üyeliginin bitmesi / Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Diger / Sonstiges: _____

Gün içerisinde bana ulasilabilecek Telefon/E-Mail (istege bagli bilgi) /
Ich bin tagsüber telefonisch/per E-Mail erreichbar (freiwillige Angabe).

Aile üyeleri bilgileri / Angaben zu Familienangehörigen

Siradaki bilgiler, temel olarak, sadece BKK Pfalz ta üye ile birlikte sigortalanması gereken aile üyeleri için verilecektir. **Ayrıca, sadece çocuklarınız sizinle birlikte sigortalanacak dahi de olsa, esinizin veya beraber yaşadığınız kişinin bilgilerine ihtiyaç duymaktayız.** Bu durumda, esinizin veya birlikte yaşadığınız kişinin genel sigorta bilgilerinin yanında, eğer esiniz veya birlikte yaşadığınız kişi kanuni Sigortasız ve de çocuklar ile akraba değil ise bu kişinin Gelir bildirimini için Belge beyanı zorunludur. Aile durumundan dolayı ek olarak alınan Yardımlar bölümü boş bırakılacaktır.

İki farklı Sağlık sigortasında aynı anda Aile sağlık sigortası yapmak kanunen mümkün değildir. O yüzden lütfen bilgileri doldururken sadece bir sigortada aile sağlık sigortası yapıldığından emin olunuz.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. **Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern der Ehe-/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Aile üyeleri hakkında genel bilgiler / Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Es/Birlikte yasadığınız kişi Ehe-/Lebenspartner	Cocuk 1 Kind 1	Cocuk 2 Kind 2	Cocuk 3 Kind 3
İsim* / Name*				

* Farklı soyadları için, eğer henüz verilmedi ise, Evlilik belgesi veya Aile nüfus kayıt örneği belgesini ekleyiniz.
Bei abweichendem Familiennamen fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsnachweis bei, falls noch nicht geschehen.

Ön isim / Vorname				
Cinsiyet / Geschlecht m = Erkek / männlich, w = Bayan / weiblich, x = Kararsız / unentschlossen, d = Belirsiz / divers, unbestimmt	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Dogum tarihi / Geburtsdatum				
Farklı Adres (Üyenin adresinden farklı ise) Abweichende Adresse (nur wenn diese von der Mitgliedschaft abweicht)				
Üyenin cocuga akrabalik durumu / Verwandschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	<input type="checkbox"/> Öz cocugu Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Evlatlik Adoptivkind <input type="checkbox"/> Esimin cocugu Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun Enkelkind <input type="checkbox"/> Bakim Pflegerkind	<input type="checkbox"/> Öz cocugu Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Evlatlik Adoptivkind <input type="checkbox"/> Esimin cocugu Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun Enkelkind <input type="checkbox"/> Bakim Pflegerkind	<input type="checkbox"/> Öz cocugu Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Evlatlik Adoptivkind <input type="checkbox"/> Esimin cocugu Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun Enkelkind <input type="checkbox"/> Bakim Pflegerkind	<input type="checkbox"/> Öz cocugu Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Evlatlik Adoptivkind <input type="checkbox"/> Esimin cocugu Stiefkind <input type="checkbox"/> Torun Enkelkind <input type="checkbox"/> Bakim Pflegerkind
Es/Birlikte yasadığınız kişi, çocuk ile akraba mı? Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?	<input type="checkbox"/> Evet / ja <input type="checkbox"/> Hayir / nein	<input type="checkbox"/> Evet / ja <input type="checkbox"/> Hayir / nein	<input type="checkbox"/> Evet / ja <input type="checkbox"/> Hayir / nein	<input type="checkbox"/> Evet / ja <input type="checkbox"/> Hayir / nein

Aile üyeleri hakkında diger bilgiler / Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Es/Birlikte yasanan kisi Ehe-/Lebenspartner	Cocuk 1 Kind 1	Cocuk 2 Kind 2	Cocuk 3 Kind 3
Kendi isiniz mi? Liegt eine selbstständige Tätigkeit vor?	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja
Kendi isinizden olan geliriniz (aylik) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Küçük isten olan Brütto geliriniz / Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Mini-Job)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Issizlik ödeneği 2 aliyormusunuz / Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja	<input type="checkbox"/> Evet / Ja
Yasal emeklilik, lhtiyac ödeneği, lsyeri emekliligi, Yurtdisi emekliligi, diger emeklilikler (aylik olarak) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Diger düzenli aylik gelirler (gelir vergisi kanununa göre) örneğin küçük calismadan daha fazla Brüt gelir, Kira ve kiralama gelirleri, Faiz gelirleri. Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung)	_____ EUR Gelirin cesidi / Art der Einkünfte	_____ EUR Gelirin cesidi / Art der Einkünfte	_____ EUR Gelirin cesidi / Art der Einkünfte	_____ EUR Gelirin cesidi / Art der Einkünfte
Okul/Üniversite (23 yasından büyük çocuklar için Okul veya üniversite belgesi ekleyiniz.) Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____
Askerlik, Sivil veya gönüllü Hizmet (lütfen belgesini ekleyiniz) Wehr-, Zivil- oder Freiwilligen Dienst (Bitte eine Bescheinigung beifügen)	_____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____	Hangi tarihler arasında vom _____ bis _____

* Lütfen belgelerini ekleyiniz. / Bitte Belege beifügen!

**Aile Saglik sigortasi ile ücretsiz sigortalanan aile üyesinin Saglik sigorta numarası bilgisi /
Angaben zur Vergabe einer Krankensicherthenummer für familienversicherte Angehörige**

	Es/Birlikte yasanan kisi Ehe-/Lebenspartner	Cocuk 1 Kind 1	Cocuk 2 Kind 2	Cocuk 3 Kind 3
Kendi Emeklilik sigortasi no / Eigene Rentenversicherungsnummer				

Sıradaki bilgiler sadece henüz bir Emeklilik numarası verilmedi ise gerekmektedir. /

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Dogumla alınan soyadı / Geburtsname				
Dogum yeri / Geburtsort				
Dogulan ülke / Geburtsland				
Vatandaslik / Staatsangehörigkeit				

FAMI Antrag TR 11/20 – Seite 3

Aile üyelerinin Sigortalari ile ilgili bilgiler / Angaben zur Versicherung der Familienangehörigen

	Es/Birlikte yasanan kisi Ehe-/Lebenspartner	Cocuk 1 Kind 1	Cocuk 2 Kind 2	Cocuk 3 Kind 3
<input type="checkbox"/> Su andaki Sigortanın bitis tarihi: Die bisherige Versicherung endete am <input type="checkbox"/> Hangi kanuni veya özel Sigortada: (Saglik sigortasi kurumunun/sigortanın adi) Die bisherige Versicherung bestand bei: (Name der Krankenkasse/Versicherung)	_____	_____	_____	_____
Önceki sigortanın cesidi / Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Üyelik / Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> `Aile Saglik sigortasi / Familien- versicherung <input type="checkbox"/> Özel saglik sigortasi / private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Yok Keine	<input type="checkbox"/> Üyelik / Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> `Aile Saglik sigortasi / Familien- versicherung <input type="checkbox"/> Özel saglik sigortasi / private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Yok Keine	<input type="checkbox"/> Üyelik / Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> `Aile Saglik sigortasi / Familien- versicherung <input type="checkbox"/> Özel saglik sigortasi / private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Yok Keine	<input type="checkbox"/> Üyelik / Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> `Aile Saglik sigortasi / Familien- versicherung <input type="checkbox"/> Özel saglik sigortasi / private Kranken- versicherung <input type="checkbox"/> Yok Keine
Eger bir Aile saglik sigortasi var ise idi: Üyelik kimin üzerine idi? (Üyenin adi) / Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Über wen erfolgte die kostenfreie Versicherung? (Name des Mitglieds)	_____ Ön isim / Vorname _____ Soyadi / Nachname	_____ Ön isim / Vorname _____ Soyadi / Nachname	_____ Ön isim / Vorname _____ Soyadi / Nachname	_____ Ön isim / Vorname _____ Soyadi / Nachname
Önceki Sigorta devam ediyorsa, nerede? (Saglik sigortasi kurumunun/sigortanın adi) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Versicherung)	_____	_____	_____	_____

Tüm bilgilerin dogrulukunu onaylarim. Degisiklikler konusunda sizi acilen bilgilendirecegim. Özellikle benim ve Aile üyelerinin gelirleri degistigi (örneğin, Kendi isinde yeni Gelir Vergisi haberi geldigi takdirde yada baska bir Saglik sigortasina üyelik durumunda) takdirde

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

Yeri, Tarih / Ort, Datum

Üyenin imzası / Unterschrift des Mitglieds

 Aile üyesinin imzası / Unterschrift der/des
 Familienangehörigen

Imzam ile aile üyesinin bilgilerini vermeme konusunda kendisinden onay aldigimi teyit ederim.
 Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ayrı yasayan aile bireylerinde, bu kisinin imzası yeterlidir.
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Bilgilerin gizliliği konusunda: Sahsi bilgi kaydi, kanun gereginde ve de BKK Pfalzın sorumluluklarini yerine getirebilmesi icin gereklidir.
 Bilgi kaydi hakkındaki kanuna göre (13 DSGVO) ayrıntili bilgi icin : www.bkkpfalz.de/datenschutzund-informationsfreiheit.

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Pfalz erforderlich. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie auf: www.bkkpfalz.de/datenschutzund-informationsfreiheit.

Aile Sigortasi hakkında önemli bilgiler

Wichtige Informationen zur Familienversicherung

Kimler ücretsiz olarak sigortalanabilir? / Wer kann beitragsfrei mitversichert werden?

- Es veya LPartG kanununa göre aynı cinsiyette olan birlikte yaşayan kişi / Ehe- und gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des LPartG
- Öz çocuklar / Leibliche Kinder
- Aynı evde yaşayan Bakım (besleme) çocukları / Pflegekinder, die mit den Pflegeeltern zusammen wohnen
- Evlatlık alinan veya alınacak olarak aynı evde yaşayan çocuklar / Adoptivkinder oder Kinder, die adoptiert werden sollen und sich bereits in der Obhut der aufnehmenden Familie befinden
- Esin çocukları veya Torunlar / Stief- und Enkelkinder

Cocuklar, beraber sigortalanir eger / Kinder sind versichert

- çalışmıyorsa veya gelirleri yoksa, 23 yaşını bitirene kadar (23. doğum gününden 1 gün önceye kadar) / bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres (1 Tag vor dem 23. Geburtstag), wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- okula veya üniversiteye gidiyorlar ise 25 yaşının sonuna kadar (25. doğum gününden 1 gün önceye kadar) Lütfen okul belgesini ekleyiniz. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (1 Tag vor dem 25. Geburtstag), wenn eine Schule/Universität in Vollzeit besucht wird. Bitte fügen Sie eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung bei.

25 yaşından sonrası için 12 aylık bir uzatma mümkün olabilir eğer, Çocuk 30 Haziran 2011 tarihine kadar Askerlik hizmetini (Sivil de olabilir) yapmış ise veya 1 Temmuz 2011 tarihinden itibaren gönüllü Askerlik görevine başlayıp sonra okul veya meslek eğitimi sebebi ile bırakmış veya geciktirmiş ise, Aile sigortası bu hizmetin devamı süresince 12 ayı gecmemek şartı ile uzatılır. Lütfen hizmet belgesini ekleyiniz.

Eine Verlängerung über das 25. Lebensjahr hinaus ist möglich, wenn das Kind bis zum 30. Juni 2011 den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst ableistete oder ab dem 1. Juli 2011 an einem gesetzlich geregelten Freiwilligendienst teilnahm und dieser Dienst die Schuloder Berufsausbildung unterbrochen oder verzögert hat. Die Familienversicherung verlängert sich um die Dauer des Dienstes, höchstens aber um 12 Monate. Bitte fügen Sie in diesem Fall eine Dienstzeitbescheinigung bei.

Torunlar veya Esin çocukları, Üye veyahutta büyük anne-baba ile birlikte aynı evde yaşıyor ve bakılıyorlarsa, Aile sigortasına dahil edilirler. **Stiefkinder oder Enkelkinder** werden mitversichert, wenn Sie im Haushalt des Stiefeltern/der Großeltern leben und versorgt werden.

Torunlar veya esin çocukları aynı evde yaşamıyorlar ise finansal olarak desteklendiklerine dair belge gerekmektedir. (örneğin Banka dekontu ile). Leben die Stief- oder Enkelkinder nicht im Haushalt, ist nachzuweisen, dass diese finanziell unterstützt werden (z. B. Nachweis durch Kontoauszüge).

İstisna: Torun veya esin çocukları farklı evde kalıyorlar (örn: Üniversite sebebi ile) ama evle ilişkileri devam ediyor ise yinede ücretsiz Aile sigortasına dahil edilirler.

Ausnahme: Hat ein Stief- oder Enkelkind eine zusätzliche Unterkunft, z. B. aufgrund eines Studiums, kann die kostenfreie Versicherung durchgeführt werden, wenn weiterhin eine Einbindung in die häusliche Gemeinschaft besteht.

Bu durumun incelenilmesi için gerekli olan tarafınızdan doldurulması gereken Belgeyi bizden temin edebilirsiniz. Für die Prüfung benötigen wir einen zusätzlichen, von Ihnen ausgefüllten Fragebogen, den wir Ihnen gerne zusenden.

Torunlarda ise, eğerki torunun Velisinden biri Aile sigortasına dahil ise ekstra inceleme için belge mecburiyeti yoktur. Bei Enkelkindern entfällt die zusätzliche Prüfung, wenn ein Elternteil des Kindes selbst auch familienversichert ist.

Aile üyelerinin gelirleri gözönünde bulundurulur / Einnahmen der Familienangehörigen werden berücksichtigt

Sadece gelirleri belli bir sınırin altında olan Aile üyeleri ücretsiz Aile üyeligine dahil edilirler. 2025 için bu sınır ayda 535,00 Euro dur.

Eğer Part-time (kısmi süreli) çalışma sözkonusu ile bu sınır 556,00 Euro dur. Lütfen gelir belgesini ekleyiniz.

Kostenfrei familienversichert werden kann nur, wer Einnahmen unter einem bestimmten monatlichen Betrag hat. Für 2025 liegt diese Grenze bei 535,00 Euro im Monat. Wird ein Minijob ausgeübt, gilt die Grenze von 556,00 Euro im Monat. Bitte fügen Sie immer entsprechende Einkommensnachweise bei.

Gelir olarak kabul edilen kazançlar / Zu den Einnahmen zählen:

- Çalışmadan dolayı elde edilen kazançlar / Einkommen aus Beschäftigung
- Kendi isinden elde edilen kazançlar / Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Kira gelirleri / Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung
- Faiz veya temettü gelirleri / Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen und Dividenden)
- Vergi yükümlülüğüne tabii Bakım gelirleri / Steuerpflichtige Unterhaltszahlungen
- Emekli maaşı (yurtdışı dahil) ve yardımlar / Renten (dazu zählen auch Versorgungsbezüge und ausländische Renten)
- Diğer gelirler / Sonstige Einnahmen

Aile Sigortasi hakkında önemli bilgiler

Wichtige Informationen zur Familienversicherung

/ 2

Aile üyeniz kendi isini yapıyorsa baska belgelerde gerekiyor (Örn: Haftalık çalışma saati). Bunun için doldurulması gereken formu bizden temin edebilirsiniz.

Übt Ihr Angehöriger eine selbstständige Tätigkeit aus, dann benötigen wir noch weitere Angaben (z. B. wöchentlicher Zeitaufwand der selbstständigen Tätigkeit). Einen entsprechenden Fragebogen für diese Angaben senden wir Ihnen gerne zu.

Özel durum: Velilerden biri özel sigortali ise / Sonderfall: Ein Elternteil ist nicht gesetzlich krankenversichert

Özel sigortali olan Velilerden birinin geliri 2025 için kanuni gelir sınırı olan aylık 6.150,00 Euro geciyorsa Aile sigortasi mümkün değildir. Üstereyit das Einkommen des nicht gesetzlich versicherten Elternteils im Jahr 2025 die Grenze von 6.150,00 Euro im Monat, ist die Familienversicherung nicht möglich.

Eger ki BKK Pfalzta Kanuni saglik sigortali olan Velinin geliri özel sigortali olan Velinin gelirinden fazla ise o taktirde ücretsiz Aile sigortasi mümkündür.

Es sei denn, der bei der BKK Pfalz versicherte Elternteil verdient mehr als der privat Versicherte. Dann ist die beitragsfreie Familienversicherung möglich.

Lütfen inceleme için esinizin aktüel Vergi haberini ve/veya Maas bordrosunu ekleyiniz.

Bitte legen Sie zur Prüfung den aktuellen Steuerbescheid bzw. Entgeltnachweis Ihres Ehegatten bei.

Diger önemli Uyarı / Weitere wichtige Hinweise:

Issizlik Maasi 2 / Arbeitslosengeld II

Issizlik Maasi 2 alan kişiler 1 Ocak 2016 tarihinden beri ücretsiz Aile sigortasina dahil olamazlar. Bu kural, çalışabilecek durumda olan 15 yasından büyük tüm bireyler için geçerlidir. Bu kişiler Jobcenter veya Arbeitsagentur üzerinden bizzat BKK Pfalz'ta veya kanuni saglik sigorta firmalarından birinde sigortalanırlar.

Bezieher von Arbeitslosengeld II können sich seit dem 1. Januar 2016 nicht mehr familienversichern. Dies betrifft in der Regel alle erwerbsfähigen Personen ab dem 15. Lebensjahr. Diese werden über das Jobcenter bzw. die Arbeitsagentur eigenständig bei der BKK Pfalz oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Bu konudaki sorularınız için bizi 0800 / 133 33 00 nolu telefonda arayabilirsiniz.

Sie haben Fragen hierzu? Rufen Sie uns unter 0800 / 133 33 00 an. Wir beraten Sie gerne!

Farkli ikametgahlar / Getrennte Wohnsitze

Farkli ikametgahlarda lütfen Aile üyenizin aktüel adresini bildirin.

Bei getrennten Wohnsitzen geben Sie bitte immer die aktuelle Anschrift Ihrer Angehörigen an.

Farkli Soyadları/Evlilik

Unterschiedliche Nachnamen/Heirat

Farkli soyadi taşıyan Es veya çocuklar için evlilik veya dogum belgesi gerekmektedir. Aynı durum Aile Sigortalılığı süresince gerçekleşen İsim değişiklikleri içinde geçerlidir.

Bei Ehegatten und Kindern, die nicht den gleichen Nachnamen wie das Mitglied tragen, benötigen wir eine Kopie der Heirats- bzw. Geburtsurkunde. Gleiches gilt auch bei Namensänderungen während der Familienversicherung.

Bosanma / Scheidung

Aile sigortasi için tüm diger sartlar saglandigi taktirde Es, kanuni bosanma gerçekleşene kadar Aile sigortasi ile sigortalıdır.

Lütfen Bosanma durumda resmi Bosanma belgesini gönderiniz.

Solange die übrigen Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt werden, sind Ehegatten bis zur rechtskräftigen Scheidung mitversichert. Bitte senden Sie uns im Falle einer Scheidung eine Kopie des Urteils (mit dem Rechtskraftvermerk).

Lütfen Saglik hizmetlerinin aksamaması için Aile sigortasini etkileyebilecek tüm değişiklikleri acilen BKK Pfalz'a bildirin.

Bitte informieren Sie die BKK Pfalz umgehend über alle Änderungen, die sich auf die Familienversicherung auswirken können,

damit wir immer für einen aktuellen Versicherungsschutz Ihrer Angehörigen sorgen können.

Bu durumdan bagimsiz olarak, Aile Sigortasinin devami için düzenli olarak Aile sigortasinin sartlarının saglandigini kontrol etmekle yükümlüyüz. Kural olarak bu kontrol yilda bir yapılır. Bizden aktüel durumun tespiti için doldurulmak üzere bir belgeyi posta olarak alacaksınız.

Unabhängig davon sind wir verpflichtet, regelmäßig zu prüfen, ob die Familienversicherung weiterhin bestehen kann. Dies geschieht in der Regel einmal im Jahr. Sie erhalten dann von uns einen Fragebogen zur Überprüfung der Familienversicherung. Yardımlarınız ve belgeyi doldurdugunuz için teşekkür ederiz. / Herzlichen Dank schon jetzt für's Ausfüllen und Ihre Mithilfe!

Lütfen Formu bize ulaştırınız / Bitte zurücksenden an:

BKK Pfalz – Vertrieb Lichtenbergerstraße 16, 67059 Ludwigshafen, **Fax:** 0621/ 68 559 222, **E-Mail:** vertrieb@bkkpfalz.de

Türkçe konusan personelimize telefonla **0800 180 40760** nolu telefon numarasından veya E-Mail ile tuerkiye@bkkpfalz.de adresinden ulaşabilirsiniz. Ya da bu Formu online doldurabilirsiniz: www.bkkpfalz.de/uye-olun.