

Başvuru formu.

**Kolayca üye  
olabilirsiniz.**

Düşündüğünden daha çabuk  
gerçekleşir.

**mhplus**  
Krankenkasse.

Sadece birkaç adımda mhplus korumasına gir.

Soruların varsa:  
Bizi ara!  
07141 9790-1000

# Bize başvurunu yap.

Bu dosyada gereken tüm formları bulabilirsin.  
On beş dakikanı ayır. Yapman gerekenler işte bu  
kadar. Üyelğin neredeyse gerçekleşti bile.

İstersen çevrim  
içi başvuru da  
yapabilirsin:



Burayı mhplus doldurur: Aracı numarası / Çalışanın soyadı, adı Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

Su tarihten itibaren (Ich möchte ab dem)  mhplus zorunlu üyesi (Pflichtmitglied)  mhplus isteğe bağlı üyesi olmak istiyorum. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.)  Aracı numarası (Vermittlernummer)

## Bilgilerim (Meine Daten)

Soyadı (Name)  Adı (Vorname)   
Sokak (Straße)  Kapı no (Hausnummer)   
Posta kodu (PLZ)  Şehir (Ort)   
Uyruk (Nationalität)  Eyalet (Bundesland)   
Telefon (Telefon)  E-posta (E-Mail)  (isteğe bağlı)(freiwillige Angabe)  
Medeni hali (Familienstand)  Cinsiyet (Geschlecht)  kadın (k) (weiblich (w))  erkek (e) (männlich (m))  çeşitli (ç) (divers (d))  belirsiz (x) (unbestimmt (x))

## Sosyal güvenlik numarası (Sozialversicherungsnummer)

Henüz sosyal güvenlik numaram yok. Lütfen aşağıdaki bilgilerle adıma başvuruda bulunun: (Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

Doğum tarihi (Geburtsdatum)  Doğum adı (Geburtsname)   
Doğum yeri (Geburtsort)  Doğduğu ülke (Geburtsland)

## Vergi numaram (Meine Steuer-ID)

(Bu, vergi tahakkuk bildirimizde bulunur.) ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))

## Üyelik nedeni (Anlass der Mitgliedschaft)

Sigortam değişti. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) (ör. İşverenim değişmesi) ((z. B. Wechsel des Arbeitgebers))  
 Sigortam 12 aydan fazla süredir değişmedi. (Değışmeyen sigortalı ilişkisi ile sağlık sigortasının değışmesi) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert.(Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))  
 Önceki sigortam ek katkı miktarını artırdı. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.)  
 İlk kez bir sağlık sigortası şirketiyle sigorta yapıyorum. (Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)  
 Almanya'da ilk defa çalışmaya başlıyorum. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)  
 Diğer (Sonstiges):

Ben (Ich)  çalışıyorum (arbeite)  mesleki eğitim alıyorum (mache eine Ausbildung)  okuyorum ve mesleki eğitim alıyorum (studiere dual (bitte Studienbescheinigung mitsenden))  çalışan öğrenciyim (bin Werkstudent)

Çalışıyorum ve kendi isteğimle sigortalıyım. Yıllık gelirim 69.300,00 avro üzerindedir. (Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 69.300,00 Euro.)

İşverenim isteğe bağlı sağlık ve bakım sigortalarını ödüyor. (Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)

İsteğe bağlı sağlık ve bakım sigortası ödemelerini mhplus'a kendim yapıyorum. (Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Bakım sigortası katkı payının hesaplanması için bilgiler: (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung:)

Çocuklarım var (lütfen ilgili belgeleri gönderin.) (Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden).)

İşsizlik yardımı alıyorum (lütfen belge gönderin.) (Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden))

İşsizlik yardımına başvurudum. (Arbeitslosengeld II beantragt.)

Bilgi: Diğer kişi grupları- lütfen takip eden sayfayı doldurun (Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

## İşverenle ilgili bilgiler (Şirket numarasını lütfen her zaman işverene sorun - mutlaka 8 haneli olmalıdır.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen - immer 8-stellig.))

Şirket adı (Firmenname)  Telefon (Telefon)   
Adres (Adresse)   
Şirket numarası (Betriebsnummer)  şu tarihten beri çalışıyor (beschäftigt seit)

## Diğer bilgiler (uygun olanı işaretleyin) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

Ayrıca serbest meslek sahibiyim (lütfen takip eden sayfayı doldurun.) (Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).)  
 Çalışırken aynı zamanda okuyorum (lütfen öğrenci belgesi gönderin ve takip eden sayfayı doldurun.) (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen).) Çalıştığı saat sayısı (haftalık) (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))   
 Almanya'dan veya başka bir ülkedeki benzer bir kurumdan emeklilik sigortası alıyorum (lütfen emeklilik belgesini gönderin.) (Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).)  
 Şirket veya ilave emeklilik payından emekli maaşı alıyorum (lütfen maaşı aldığınız dair belge gönderin.) (Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden).)  
 Başvuru üzerine zorunlu sağlık sigortasından muafim (lütfen ilgili belgenin kopyasını gönderin.) (Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden).)  
 Yasal bakım sigortası hizmeti alıyorum. (Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

## Bugüne kadarki sağlık sigortasıyla ilgili bilgiler (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

Bugüne kadar (Ich war bisher)  zorunlu sigortalıydım (pflichtversichert)  isteğe bağlı sigortalıydım (freiwillig versichert)  aile sigortası kapsamındaydım (familienversichert)  özel sigortalıydım (privat versichert)  yurt dışında sigortalıydım (im Ausland versichert)

Bugüne kadarki sağlık sigortası şirketinin adı (Name der bisherigen Krankenkasse)  şu tarihten (vom)  şu tarihe kadar (bis zum)

Bu şirkette isteğe bağlı bir paket seçmişim. (Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)

## Aile sigortası (Familienversicherung)

Akrabalarımın ücretsiz olarak sigortalanmasını istiyorum. (Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.)  Lütfen bana bir başvuru gönderin. (Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.)  Başvuru ektedir. (Der Antrag liegt bei.)

Tarih (Datum)  İmza (Unterschrift)

Soyadı, adı (Name, Vorname)

Doğum tarihi (Geburtsdatum)

GGAAAYYYY

## Ben (Ich bin)

 memurum  
(bin verbeamtet) emekliyim  
(bin in Pension) evi ben idare ediyorum  
(führe den Haushalt) sosyal yardım alıyorum  
(bekomme Sozialhilfe) okula gidiyorum (lütfe **okul belgesini de** gönderin)  
(gehe zur Schule (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden)) üniversite öğrencisiyim (lütfe **öğrenci belgesini de** gönderin)  
(studiere (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden)) emekliyim (lütfe **emeklilik belgesini de** gönderin)  
(bin in Rente) (bitte **Rentenbescheid** mitsenden)) şu tarihte emeklilik için başvuruyu yaptım  
(habe eine Rente beantragt am)

GGAAAYYYY

 şu alanda serbest meslek sahibiyim:  
(bin selbstständig als) İş kurma fonu ile iş kurdum (lütfe **belge** gönderin)  
(bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden))Serbest meslekle ilgili diğer bilgiler  
(Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:) Haftalık çalışma saati bilgisi  
(Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:) Çalışan sayısı  
(Anzahl Beschäftigte:) buradan sınırlı istihdam edilenler  
(davon geringfügig Beschäftigte:) Bu işi tam zamanlı yapıyorum  
(Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.) Lütfen bana 7. haftanın başından itibaren hastalık yardımıyla sigortaya dair bilgi gönderin (yalnızca tam zamanlı serbest meslek sahipleri için).  
(Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

## Gelir durumu hakkında bilgi (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

 Aylık brüt gelirim 5.175,00 avronun (yıllık 62.100,00 avro) üzerinde.  
(Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro (jährlich 62.100,00 Euro).) Eşim yasal sağlık sigortasıyla sigortalı değil (lütfe **gelir belgesini** gönderin)  
(Mein Ehepartner ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).) Bakmakla yükümlü olunan (kendi geliri olmayan) çocuk sayısı: Ortak çocuklar  
(Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): (davon gemeinsame Kinder))

Gelirim ile ilgili bilgiler (Angaben zu meinen Einnahmen)	Aylık avro (monatlich Euro)	Yıllık avro (jährlich Euro)	Lütfe şu belgelerin kopyasını gönderin (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)
<b>Serbest meslek geliri</b> (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit)			Son gelir vergisi bildirim (eksiksiz) ve işletme kaydı (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
<b>Bir işten alınan gelir/maaş (Lohn/Gehalt</b> aus einer Beschäftigung) Aylık brüt maaş (Monatliches Bruttoentgelt) Son 12 ayın tek seferlik ödemeleri (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate) Diğer maddi faydalar (ör. şirket arabası) (Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			Son maaş bordrosu (letzte Gehaltsabrechnung) Tek seferlik ödeme belgesi (Nachweis über die Einmalzahlung) Maddi faydaya dair belge (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
<b>Emekli maaşı</b> Ör. Yaşlılık, ölüm veya kaza aylığı, yurt dışı emekli maaşı <b>(Rente(n))</b> (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)			mevcut emeklilik belgesi (aktueller Rentenbescheid)
Tür (Art)			
Tür (Art)			mevcut emeklilik belgesi (aktueller Rentenbescheid)
<b>Brüt emeklilik faydaları</b> Ör. Emekli maaşı, şirket emekliliği veya ilave emeklilik <b>(Brutto-Versorgungsbezüge)</b> (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)			mevcut emeklilik belgesi (aktueller Rentenbescheid)
Tür (Art)			
Tür (Art)			mevcut emeklilik belgesi (aktueller Rentenbescheid)
Tek seferlik ödemeler (Einmalzahlungen)			Tek seferlik ödeme belgesi (Nachweis über die Einmalzahlung)
<b>Kira gelirleri (Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)</b>			Son gelir vergisi bildirim (tam) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
<b>Sermaye varlıklarından faiz ve diğer gelirler</b> (Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)			Son gelir vergisi bildirim (tam) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
<b>Kidem tazminatı (Abfindung)</b>			Kidem tazminatı sözleşmesi (Vertrag über die Abfindung)
<b>Sosyal yardım, temel gelir (Sozialhilfe/Grundsicherung)</b>			Sosyal yardım belgesi (Sozialhilfebescheid)
<b>Diğer gelirler – Tür</b> (Sonstige Einnahmen – Art)			Gelir belgesi (Nachweis über die Einnahmen)

 Aylık gelirim 1.178,33 avronun altında. Geçimim şunlar tarafından sağlanmaktadır  
(Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

## Bu bilgiler yalnızca reşit olmayanların başvurusu için gereklidir (Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige)

Yasal temsilcinin adı, soyadı, doğum tarihi ve farklı olabilecek adresi  
(Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse)

## Bakım sigortası katkı payının hesaplanması için bilgiler (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

 Çocuğum var, tane (lütfe **belge** gönderin, ör. doğum belgesi veya nüfus kayıt örneği).  
(Ich habe (Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)Tüm bilgiler doğru olduğunu garanti ediyorum. İleride olabilecek değişiklikleri size hemen bildireceğim. Bunun için size uygun belgeleri (ör. gelir vergisi bildirimini) göndereceğim.  
Eksik veya yanlış bilgilerin katkı payının yeniden hesaplanmasına yol açacağına farkındayım. (Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen informiere  
ich Sie gleich. Dazu sende ich Ihnen geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.)

GGAAAYYYY

Tarih (Datum)

İmza (Unterschrift)

Bilgi: Onay beyanıyla mhplus bana mümkün olan en iyi hizmeti sunabilir. Bilgilerimi kendi isteğimle veriyorum.

(Hinweis: Durch meine Einwilligungserklärung kann die mhplus mir den bestmöglichen Service bieten. Meine Angaben sind freiwillig.)

# mhplus

## Onay beyanı (Einwilligungserklärung)

Yalnızca mhplus aracılığıyla doldurulacak: Çalışanın soyadı, adı  
(Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter)

### Verilerimin kullanılmasına dair onayım (Meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten)

#### Bilgilerim (Meine Angaben)

- mhplus sağlık sigortasının zaten bir üyesiyim.  
(Ich bin bereits Mitglied der mhplus Krankenkasse.)
- mhplus üyesi değilim. Onay, üyelik boyunca geçerli olmaya devam eder.  
(Ich bin noch kein Mitglied der mhplus. Die Einwilligung gilt bei einer Mitgliedschaft weiter.)

Soyadı (Name)			Doğum tarihi (Geburtsdatum)	G	G	A	A	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adı (Vorname)													
Sokak, No: (Straße, Nr.)	Şehir (Ort)												
Posta kodu (PLZ)													
Telefon (Telefon)													
Cep telefonu (Handynummer)													
E-posta (E-Mail)													

#### mhplus'ın iletişim kurması için izin (Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus)

Şunları kabul ediyorum:  
(Ich bin mit Folgendem einverstanden:)

- mhplus beni (Die mhplus kann mich informieren und beraten)
- + sigortamın koruma kapsamı ve (zu meinem Versicherungsschutz und)
  - + yeni avantajlar konusunda bilgilendirebilir, bana bu konularda öneri yapabilir ve (zu neuen Leistungen und)
  - + hizmet kalitesini iyileştirmek için bana bu konuda soru sorabilir. mhplus bunun için bir hizmet sağlayıcıyı görevlendirebilir.  
(zur Servicequalität befragen, um den Service zu verbessern. Dazu kann die mhplus einen Dienstleister beauftragen.)

mhplus şu iletişim araçlarını kullanabilir:  
(Folgende Kontaktwege darf die mhplus nutzen:)

Telefon: (per Telefon:)	<input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein)
E-posta: (per E-Mail:)	<input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein)
SMS: (per SMS:)	<input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein)

#### Bilgi: (Hinweis:)

16. yaşın doldurulmasından itibaren onay beyanı verilmesi gerekir.  
(Ab Vollendung des 16. Lebensjahres kann/soll eine Einwilligungserklärung abgegeben werden)

Bilgi sayfasında (arkaya bkz.) mhplus'ın verileri nasıl kullandığı yazmaktadır.  
(Im Infoblatt (siehe Rückseite) steht, wie die mhplus die Daten verwendet.)

G G A A Y Y Y Y Y Y

Tarih (Datum)

İmza (Unterschrift)

# Veri güvenliği.

**Verilerinin korunması bizim için çok önemlidir. Bu nedenle seni hangi verileri işlediğimiz konusunda bilgilendiriyoruz.**

## **Onay vermenin amacı**

mhplus seni sigorta koruma kapsamına dair bilgilendirir. Ayrıca bizden yeni hizmetlere dair bilgi alırsın. Bunun dışında, iş ortağımız olan özel sağlık sigortası şirketlerinin teklifleri hakkında da seni bilgilendiririz. Cazip ekstra hizmetlerden bu şekilde faydalanabilirsin! Bunlar, profesyonel veya özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmıştır.

mhplus seni bir müşteri anketi doldurmaya davet edebilir. Çünkü görüşlerin ve deneyimlerin bizim için önemlidir! Hizmetimizi senin için iyileştirmemize yardımcı olur. Senden belirli bilgiler almak veya sana sorular sormak için mhplus'ın hizmet sağlayıcılarından biri de görevlendirilebilir. Bunlar arasında kalite, hizmet ve sigortalarla ilgili bilgiler yer alır.

## **mhplus hangi verileri işler?**

mhplus yalnızca senin onay verdiğin bilgileri işler.

## **Veriler üçüncü taraflarla paylaşılır mı?**

Meşru bir hizmet sağlayıcıyı görevlendirirsek yalnızca senin onayın dahilindeki verileri iletiriz. Böylelikle ilgili hizmet size sunulabilir.

## **Veriler ne kadar süre saklanır?**

Onay verdiğin veriler bizde sigortalı olduğun süre boyunca veya sen onayını geri çekene kadar saklanır. Bir hizmet sağlayıcıya bir sözleşme kapsamında gönderdiğimiz veriler sözleşme gereği yerine getirilene kadar saklanabilir. Sözleşme sona erdiğinde hizmet sağlayıcı verileri silmek zorundadır. mhplus bu konuda hizmet sağlayıcının yazılı onayını alır.

## **Onayını nasıl geri çekebilirsin?**

info@mhplus.de adresine bir mesaj iletmen yeterli. Veya bizi arayabilirsin: 07141 9790-0. Önemli: Anahtar kelime olarak "onay beyanı"nı verebilirsin. Gelecekte istediğin zaman onayını geri çekebilir veya kısmi olarak geri alabilirsin.

## **Veri işlemenin yasal dayanağı**

Veriler, genel veri koruma yönetmeliğinin (GDPR) 6. maddesinin 1. bölümünün 1a fıkrasına uygun olarak onay temelinde işlenir.

**Veri güvenliği ve veri koruma görevlerimiz hakkında daha fazla bilgiye şuradan erişebilirsiniz:**  
[www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz)

*Kolay.*

**Daha Fazla. Sen.**

Günlük hayatta ne yaparsan yap. Ailenle ilgilenbilmen için biz de seninle ilgileniyoruz. İster hizmetlerden faydalan ister soru soracak ol. Buradayız ve senin için işleri kolaylaştırıyoruz. Sağlık ve refah için.

## A. Üye bilgileri (Ana sigortalı) (Angaben Mitglied (Hauptversicherter))

Soyadı, adı  
(Name, Vorname)

Sigorta numarası

(Bunlar mhplus sağlık kartınızda yer alır.)

(Versicherungsnummer (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.))

Bugüne kadar şurada\*  
(Ich war bisher\*) üye olarak sigortalıydım  
(als Mitglied versichert) aile sigortası kapsamındaydım  
(familienversichert bei) yasal sağlık sigortası kapsamında değil  
(nicht gesetzlich versichert)Sağlık sigortası şirketinin adı  
(Name der Krankenkasse)

## Medeni hali (Familienstand)

 bekar (ledig)  evli\* (verheiratet\*)  ayrı yaşıyor\* (getrennt lebend\*)  şu tarihten beri ayrı (geschieden seit) GGAAAYYYY  dul (verwitwet) LPartG uyarınca kayıtlı sivil partnerlik\*  
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG\*)\* Lütfen "eş" sütununa ek bilgi girin.  
(\* Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.)

## Aile sigortasının gerekçesi (Anlass für die Familienversicherung)

 Üyeliğin başlangıcı  
(Beginn meiner Mitgliedschaft) Çocuğun doğumu  
(Geburt des Kindes) Yurt dışından taşınma  
(Zuzug aus dem Ausland) Akrabamın kendi üyeliğinin sona ermesi  
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen) Evlilik  
(Heirat) Diğer  
(Sonstiges)

## İletişim (Kontakt)

Telefon numaram (isteğe bağlı bilgi)  
(Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))E-posta adresim (isteğe bağlı bilgi)  
(Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))

## B. Aile üyelerine dair bilgi (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Aşağıdaki bilgiler yalnızca tarafımızdan sigortalanacak aile üyeleri için gereklidir. Farklı olarak, yalnızca çocuklarınız aile sigortamız kapsamına girecek ve eşiniz/partneriniz bu çocuklarla akrabaya eşinizin/partnerinizin bireysel bilgiler de gereklidir. Bu durumda, genel bilgilere ek olarak, eşin/partnerin devlet sigortası kapsamında olmaması halinde, eşin/partnerin sigortası ve geliri hakkında ek bilgi gereklidir. Gelir, gelir belgesi ile kanıtlanmalıdır. Aile durumuna göre yapılan ek ödemeler gelir bilgisi olarak dikkate alınmaz. (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 und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.)

**Farklı sağlık sigortası kurumlarında eş zamanlı olarak aile sigortası yaptırmanın yasal olarak mümkün olmadığını lütfen unutmayın. Bu nedenle, lütfen bilgilerinizi verirken iki kez aile sigortası kapsamına girmediğinizden emin olun. (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 ile ilgili genel bilgiler Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen

	Eş (Ehepartner)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)
Aile sigortası başlangıcı (Beginn der Familienversicherung)	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY
Soyadı** (Name**)				
** Üyenin ve aile üyesinin soyadları farklıysa, medeni durum uygun belgelerle (örneğin evlilik belgesi, partnerlik belgesi, doğum belgesi) veya bunların sunulması mümkün değilse uygun başka belgelerle (örneğin çocuk parası bildirimi) bir kereye mahsus (***) 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 – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)				
Adı (Vorname)				
Doğum tarihi (Geburtsdatum)	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY	GGAAAYYYY
Cinsiyet (Geschlecht) erkek (e), kadın (k), çesitli (c), belirsiz (b) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	<input type="checkbox"/> (e)/(m) <input type="checkbox"/> (k)/(w) <input type="checkbox"/> (c)/(d) <input type="checkbox"/> (b)/(x)	<input type="checkbox"/> (e)/(m) <input type="checkbox"/> (k)/(w) <input type="checkbox"/> (c)/(d) <input type="checkbox"/> (b)/(x)	<input type="checkbox"/> (e)/(m) <input type="checkbox"/> (k)/(w) <input type="checkbox"/> (c)/(d) <input type="checkbox"/> (b)/(x)	<input type="checkbox"/> (e)/(m) <input type="checkbox"/> (k)/(w) <input type="checkbox"/> (c)/(d) <input type="checkbox"/> (b)/(x)
Adres (Üyenin adresinden farklı ise) (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Üye ile çocuk arasındaki akrabalık ilişkisi (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)	<input type="checkbox"/> Biyolojik çocuk/evlatlık (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> üvey evlat (Stiefkind) <input type="checkbox"/> torun (Enkelkind) <input type="checkbox"/> evlatlık (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> Biyolojik çocuk/evlatlık (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> üvey evlat (Stiefkind) <input type="checkbox"/> torun (Enkelkind) <input type="checkbox"/> evlatlık (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> Biyolojik çocuk/evlatlık (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> üvey evlat (Stiefkind) <input type="checkbox"/> torun (Enkelkind) <input type="checkbox"/> evlatlık (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> Biyolojik çocuk/evlatlık (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> üvey evlat (Stiefkind) <input type="checkbox"/> torun (Enkelkind) <input type="checkbox"/> evlatlık (Pflegekind)
Eşinizin/partnerizin çocukla akrabalık ilişkisi var mı? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein) <input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein) <input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein) <input type="checkbox"/> Evet (Ja)	<input type="checkbox"/> Hayır (Nein) <input type="checkbox"/> Evet (Ja)



Soyadı, Adı  
(Name, Vorname)

Sigorta numarası  
(Versicherungsnummer)

	Eş (Ehepartner)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)
Adı (Vorname)				

**Aile üyelerinin daha önceki veya devam eden sigortaları hakkında bilgi** (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Daha önceki sigorta (Die bisherige Versicherung)				
<ul style="list-style-type: none"><li>devam ediyor (besteht weiter)</li><li>şu tarihte bitti (endete am)</li><li>şirket (bei) (Sağlık sigortası şirketinin adı) (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)</li><li>Sigorta türü Üyelik (1), Aile sigortası* (2), yasal olarak sigortalı değil (3) (Lütfen işaretleyin) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (bitte ankreuzen!)</li></ul>	Hayır (Nein) <input type="checkbox"/> Evet (Ja) <input type="checkbox"/>			
	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY
	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
*) <b>Senin için önemli:</b> Aile sigortası yalnızca bir sigorta şirketi tarafından yapılabilir. (*) <b>Wichtig für Dich:</b> Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)				
En son aile sigortanız var mıydı? Varsa, yakınlarınızın daha önce üzerinden sigortalı olduğu kişinin soyadını ve adını yazın. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)				
	(Adı) ((Vorname))	(Adı) ((Vorname))	(Adı) ((Vorname))	(Adı) ((Vorname))
	(Soyadı) ((Name))	(Soyadı) ((Name))	(Soyadı) ((Name))	(Soyadı) ((Name))

**Aile üyelerinin geliriyle ilgili bilgiler** (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Şu tarihten itibaren <b>serbest meslek sahibi</b> (Selbstständige Tätigkeit seit) aylık kazanç (monatlicher Gewinn aus) serbest meslek (selbstständiger Tätigkeit)	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY
	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
Lütfen güncel gelir vergisi tahakkukunun bir kopyasını gönderin. (Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.)				
İşten elde ettiğiniz <b>aylık brüt ücret</b> (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer <b>Beschäftigung</b> )	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
Kidem tazminatı (Ör. işten çıkarma) (Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung))	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
Brüt aylık maaş <b>Part time işten elde edilen</b> (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus <b>Minijob</b> )	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
<b>Yasal emekli maaşı, emekli maaşı, şirket emekli maaşı, yurt dışından emekli maaşı, diğer emekli maaşları</b> (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)				
Aylık ödeme miktarı (Monatlicher Zahlbetrag)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
<b>Gelir vergisi kanununa tabi diğer aylık düzenli gelirler</b> (Örneğin kira gelirleri, sermaye varlıklarından elde edilen gelirler) Gelir türü	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)	Avro (Euro)
<b>(Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Art der Einkünfte)				
Lütfen güncel gelir vergisi tahakkukunun bir kopyasını gönderin. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
<b>İşsizlik maaşı / vatandaşlık geliri</b> şu zamandan beri (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY	GGAAYYYY

Soyadı, Adı  
(Name, Vorname)

Sigorta numarası  
(Versicherungsnummer)

	Eş (Ehepartner/in)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)	Çocuk (Kind)
Adı (Vorname)				

#### Aile üyeleriyle ilgili diğer bilgiler (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

<b>Okuyor/üniversite öğrencisi</b> (Lütfen 23 yaşından büyük çocuklar için okul veya öğrenim belgesini gönderin.)	GGAAYYYY tarihinden (von)	GGAAYYYY tarihinden (von)	GGAAYYYY tarihinden (von)
<b>(Schul- oder Studienzeit)</b> (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	GGAAYYYY tarihine (bis)	GGAAYYYY tarihine (bis)	GGAAYYYY tarihine (bis)
<b>Askerlik hizmeti veya yasal gönüllü hizmet</b> (Lütfen hizmet belgesini gönderin.)	GGAAYYYY tarihinden (von)	GGAAYYYY tarihinden (von)	GGAAYYYY tarihinden (von)
<b>(Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst)</b> (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	GGAAYYYY tarihine (bis)	GGAAYYYY tarihine (bis)	GGAAYYYY tarihine (bis)

#### Aile sigortası olan akrabalar için sağlık sigortası numarası tahsisi hakkında bilgi (Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Emeklilik sigorta numarası (Rentenversicherungsnummer)				
---	--	--	--	--

Aşağıdaki bilgiler sadece henüz emeklilik sigorta numarası atanmamışsa gereklidir. (Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Doğum adı (Geburtsname)				
Doğum yeri (Geburtsort)				
Doğduğu ülke (Geburtsland)				
Uyruğu (Staatsangehörigkeit)				

Bilgilerin doğru olduğunu onaylıyorum. Değişiklik olması halinde sizi hemen bilgilendireceğim. Akrabalarımın gelirinin değişmesi (örneğin serbest meslek için yeni gelir vergisi bildirim) veya başka bir sağlık sigortası şirketine geçmeleri halinde özellikle hemen bilgi vereceğim.

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.

GGAAYYYY

Tarih  
(Datum)

Üyenin imzası  
(Unterschrift des Mitglieds)

Verdiğim imzayla gerekli verileri göndermek için aile üyelerinin onayını aldığımı beyan ediyorum.  
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Aile üyelerinin imzası  
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

Aynı yaşayanlar için aile üyesinin imzası yeterlidir.  
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

**İşveren, iş ve işçi bulma kurumu gibi raporlamadan sorumlu kuruma sunmak üzere**

**Lütfen  
zamanında  
teslim edin.**

Adı, soyadı

Sokak, bina no

Posta kodu

Doğum tarihi

Yeni sağlık sigortamla ilgili bilgiler

Bundan sonraki sağlık sigortam olarak mhplus sağlık sigortasını seçtim.

Talep edilen sigorta değişikliği: \_\_\_\_\_

mhplus ile ilgili bilgiler kısaca şöyle: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg

Genel katkı oranı	%14,6
İlave katkı	%1,58
Şirket numarası	63494759
Banka bilgileri	Commerzbank Ludwigsburg, IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00, BIC DRESDEFF604 KSK Ludwigsburg, IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08, BIC SOLADES1LBG

Lütfen bu belgeyi saklayın ve mhplus'a giriş yapın.

İstedığınız tarihte sağlık sigortası değişikliği mümkün değilse sizi bilgilendireceğiz.

Saygılarımızla

Yer, Tarih, İmza



♥ **Her zaman senin yanında** 📞 **07141 9790-0, Pzt-Cuma**  
**07.00-20.00 / Cts. 10.00-13.00** ✉ **info@mhplus.de**  
f **facebook.com/mhplus** i **instagram.com/deine\_mhplus**  
📱 **) mhplus hizmet uygulaması** 📍 **Ofisler: Franckstraße 8,**  
**71636 Ludwigsburg veya** 🔍 **www.mhplus.de**