

Numéro d'assurance maladie / dépendance:
 Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Nom, prénom de l'assuré(e):
 Name, Vorname der/des Versicherten:

Questionnaire en vue de l'affiliation à l'assurance familiale

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Informations générales sur l'assuré(e) Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Assurance maladie actuelle Bisherige Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Affiliation à une caisse d'assurance maladie légale Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse _____ (Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie) (Name und Sitz der Krankenkasse)	
<input type="checkbox"/> Assurance familiale auprès d'une caisse d'assurance maladie légale Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pas d'affiliation à une assurance maladie légale nicht gesetzlich krankenversichert	
Situation familiale Familienstand	
<input type="checkbox"/> marié(e) depuis verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> séparé(e) depuis getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> célibataire ledig <input type="checkbox"/> divorcé(e) depuis geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> veuf/ve depuis verwitwet seit _____ <input type="checkbox"/> partenariat enregistré entre personnes de même sexe depuis Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit _____ (Veuillez remplir la rubrique «conjoint») (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)	
Motif de l'affiliation à l'assurance familiale Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	
<input type="checkbox"/> Début de mon affiliation Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Naissance d'un enfant Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Mariage Heirat <input type="checkbox"/> Fin de l'affiliation précédente de l'ayant droit Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Autres Sonstiges: _____	
Début de l'assurance familiale des ayants droit _____ (Veuillez indiquer la date)	
Beginn der Familienversicherung der Angehörigen _____ (Bitte das Datum angeben)	
Pour toute précision, vous pouvez me joindre pendant la journée au _____ (facultatif). Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe). Mon adresse e-mail _____ (facultatif). Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).	
Informations sur les ayants droit Angaben zu Familienangehörigen	
Les informations suivantes sont en principe uniquement requises pour les ayants droit qui doivent être assurés auprès de notre organisme. Néanmoins, nous avons besoin de certaines indications relatives à votre conjoint, même si l'assurance familiale de notre organisme doit exclusivement couvrir vos enfants. Dans ce cas, en plus des informations générales, les renseignements sur l'assurance du conjoint et – dans la mesure où celui-ci n'est pas assujéti à l'assurance obligatoire et a un lien de parenté avec les enfants – relatifs à ses revenus sont nécessaires ; pour cela, il est impératif de justifier des revenus en fournissant les attestations correspondantes, mais les compléments versés en fonction de la situation familiale ne sont pas à prendre en compte dans les indications concernant les revenus.	
Veuillez noter qu'il est interdit par la loi de procéder simultanément à l'affiliation à l'assurance familiale auprès de différentes caisses d'assurance maladie. En fournissant vos informations, assurez-vous donc bien qu'il n'existe pas de double affiliation à l'assurance familiale.	

Informations générales concernant les ayants droit Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Conjoint Ehegatte	Enfant Kind	Enfant Kind	Enfant Kind
Nom Name				
Veuillez joindre un certificat de mariage ou le livret de famille si votre conjoint ou vos enfants portent un nom différent du vôtre et que vous n'avez pas déjà fourni ces documents. Cela ne concerne pas les doubles noms ou des terminaisons différentes.				
Prénom Vorname				
Sexe Geschlecht (m = masculin, f = féminin, x = indéterminé) (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (f/w) <input type="checkbox"/> (x)
Date de naissance Geburtsdatum				
Le cas échéant, autre adresse ggf. abweichende Anschrift				
Lien de parenté de l'assuré avec l'enfant Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	_____	<input type="checkbox"/> enfant biologique* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit Stiefkind <input type="checkbox"/> petit-enfant Enkel <input type="checkbox"/> enfant placé Pflegekind	<input type="checkbox"/> enfant biologique* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit Stiefkind <input type="checkbox"/> petit-enfant Enkel <input type="checkbox"/> enfant placé Pflegekind	<input type="checkbox"/> enfant biologique* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit Stiefkind <input type="checkbox"/> petit-enfant Enkel <input type="checkbox"/> enfant placé Pflegekind
* Le terme «enfant biologique» s'applique également à l'adoption. * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
Le conjoint a-t-il un lien de parenté avec l'enfant? (Veuillez cocher uniquement si le lien de parenté est inexistant) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> non Nein	<input type="checkbox"/> non Nein	<input type="checkbox"/> non Nein
Informations relatives à la dernière assurance des ayants droit ou à celle qui continue d'exister				
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Conjoint Ehegatte	Enfant Kind	Enfant Kind	Enfant Kind
L'affiliation à la dernière assurance Die bisherige Versicherung • a pris fin le endete am: • était auprès de bestand bei: (nom de la caisse d'assurance maladie) (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Nature de la dernière assurance: Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Affiliation directe Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Assurance familiale Familierversicherung <input type="checkbox"/> pas d'affiliation à une assurance légale nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Affiliation directe Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Assurance familiale Familierversicherung <input type="checkbox"/> pas d'affiliation à une assurance légale nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Affiliation directe Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Assurance familiale Familierversicherung <input type="checkbox"/> pas d'affiliation à une assurance légale nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Affiliation directe Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Assurance familiale Familierversicherung <input type="checkbox"/> pas d'affiliation à une assurance légale nicht gesetzlich
Si vous étiez dernièrement affilié à une assurance familiale, indiquer le nom et le prénom de l'assuré(e) dont l'assurance familiale a été dérivée. Sofern zuletzt eine Familierversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familierversicherung abgeleitet wurde	(Prénom) (Vorname) _____ (Nom) (Name)	(Prénom) (Vorname) _____ (Nom) (Name)	(Prénom) (Vorname) _____ (Nom) (Name)	(Prénom) (Vorname) _____ (Nom) (Name)
L'affiliation actuelle continue d'exister auprès de (nom de la caisse d'assurance maladie/de l'assurance maladie) Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		_____	_____	_____
Autres informations concernant les ayants droit Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Conjoint Ehegatte	Enfant Kind	Enfant Kind	Enfant Kind
Activité indépendante Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> oui Ja	<input type="checkbox"/> oui Ja	<input type="checkbox"/> oui Ja	<input type="checkbox"/> oui Ja
Profit issu de l'activité indépendante (mensuel) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Veuillez joindre une copie de l'avis d'impôt sur le revenu actuel. Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Rémunération brute issue d'un emploi faiblement rémunéré (mensuelle) Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Autres informations concernant les ayants droit Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Conjoint Ehegatte	Enfant Kind	Enfant Kind	Enfant Kind
Pension de retraite du régime légal, pension, retraite d'entreprise, pension étrangère, autres pensions (montant mensuel) <small>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>
Rémunération brute issue d'une activité dépassant le seuil d'un emploi faiblement rémunéré (montant mensuel moyen) <small>Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)</small>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Autres revenus mensuels réguliers au sens de la législation allemande en matière d'impôt sur le revenu (p.ex. revenus fonciers, revenus de capitaux) <small>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>	_____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small> _____ EUR _____ (Nature des revenus) <small>(Art der Einkünfte)</small>
Scolarité / études (Pour les enfants à partir de 23 ans, veuillez joindre un certificat de scolarité) <small>Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)</small>	_____	du vom _____ au bis _____	du vom _____ au bis _____	du vom _____ au bis _____
Service militaire/civil/service volontaire légal (Veuillez joindre une attestation de services accomplis) <small>Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)</small>	_____	du vom _____ au bis _____	du vom _____ au bis _____	du vom _____ au bis _____

Autres informations concernant les ayants droit Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Conjoint Ehegatte	Enfant Kind	Enfant Kind	Enfant Kind
Numéro d'assurance vieillesse <small>Rentenversicherungsnummer</small>				
Nom de naissance Geburtsname				
Lieu de naissance / pays de naissance <small>Geburtsort / Geburtsland</small>				
Nationalité Staatsangehörigkeit				

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis. Je vous informerai sans délai de tout changement de situation. Cela vaut en particulier pour toute modification des revenus des membres de ma famille précités (p.ex. nouvel avis d'impôt sur le revenu dans le cadre d'une activité indépendante) ou si ces derniers s'affilient à une (autre) caisse d'assurance maladie.

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.

Lieu, date | Ort, Datum

Signature de l'assuré(e) | Unterschrift des Mitglieds

Signature de l'ayant droit, le cas échéant
 ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Par ma signature, j'atteste avoir préalablement obtenu le consentement des membres de ma famille pour la communication des données nécessaires.

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

Si des membres de la famille de l'assuré vivent séparés de celui-ci, la signature de l'ayant droit est suffisante.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Note concernant la protection des données (article 67a alinéa 3 volume X du code social allemand (SGB X)) : Afin de pouvoir juger si les conditions d'affiliation à l'assurance familiale sont remplies, votre collaboration est nécessaire conformément aux articles 10 alinéa 6 et 289 volume V du code social allemand (SGB V). Les données doivent être collectées afin de constater la situation en matière d'assurance (articles 10, 284 SGB V, article 25 SGB X).

L'indication facultative de vos coordonnées nous est uniquement utile pour toute demande de précisions concernant votre situation au regard de l'assurance.