

Nom, prénom, date de naissance de l'assuré(e) | Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Rue, numéro, code postal, commune | Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

ANNEXE À LA DEMANDE D'AFFILIATION | ANLAGE ZUM AUFNAHMEANTRAG

- Je suis étudiant(e) depuis le** | Ich bin seit dem _____
(joindre le certificat de scolarité) | Student (bitte Studienbescheinigung beifügen)
- Je ne perçois aucune rémunération et suis depuis le** | Ich erhalte kein Arbeitsentgelt und bin seit dem _____
- employé(e) dans le cadre d'une formation professionnelle (joindre le contrat de formation professionnelle)**
| zur Berufsausbildung beschäftigt (bitte Berufsausbildungsvertrag beifügen).
- stagiaire (joindre le contrat de stage)** | Praktikant (bitte Praktikumsvertrag beifügen).
- apprenti(e) dans le cadre de la deuxième voie de qualification (l'établissement de formation bénéficiaire d'une subvention conformément à la loi allemande pour la promotion de la formation (BAföG)) (joindre le certificat de scolarité)** | Auszubildender des zweiten Bildungswegs (die Ausbildungsstätte ist förderungsfähig nach dem BAföG) (bitte Nachweis über den Schulbesuch beifügen).
- Je n'ai pas à payer le complément de cotisation à l'assurance dépendance parce que j'ai (eu) un enfant.**
| Der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung ist von mir nicht zu zahlen, da ich ein Kind habe/hatte.

Nom, prénom, date de naissance de l'enfant | Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Un document justificatif de ma fonction de parent (p.ex. acte de naissance) | Ein entsprechender Nachweis über meine Elterneigenschaft (z. B. Geburtsurkunde)

- est joint à ma demande** | ist dem Antrag beigelegt. **a déjà été fourni** | liegt bereits vor.

J'accepte que la KNAPPSCHAFT transmette à l'administration fiscale le montant des cotisations d'assurance maladie et dépendance ayant été payées et remboursées ainsi que les montants éventuels de cotisations remboursées et de primes ou bonus servis au cours d'une année civile. | Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT die Höhe der im jeweiligen Kalenderjahr gezahlten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erstatteten Beiträge oder geleisteten Prämien bzw. Bonuszahlungen an die Finanzverwaltung übermittelt.

- Mon numéro d'identification fiscale personnel:** | Meine persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke: _____

Si le numéro d'identification fiscale ne peut pas être communiqué, la KNAPPSCHAFT a aussi le droit, avec le consentement à la transmission des données, de demander ce numéro auprès de l'office central fédéral des impôts (Bundeszentralamt für Steuern). | Kann die Steueridentifikationsnummer nicht angegeben werden, ist die KNAPPSCHAFT mit der Einwilligung in die Datenübermittlung auch berechtigt, die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

- Je ne souhaite pas que mes données soient transmises à l'administration fiscale.** | Ich wünsche keine Übermittlung meiner Daten an die Finanzverwaltung.

Depuis le 1er janvier 2010, les assurés peuvent bénéficier d'une réduction d'impôts plus avantageuses pour les cotisations d'assurance maladie et dépendance obligatoire.

La KNAPPSCHAFT, en tant qu'assurance maladie, est tenue de communiquer à l'administration fiscale le montant des cotisations d'assurance maladie et dépendance versées par les assurés eux-mêmes pour l'année civile écoulée au plus tard jusqu'au 28 février de l'année suivante. Le transmission des données à l'administration fiscale est cependant seulement possible pour les assurés y ayant donné leur consentement. Les paiements de cotisations sont pris en compte dans votre déclaration de revenu sur la base des données transmises. Vous recevez automatiquement une copie de notre avis communiqué à l'administration fiscale pour votre usage personnel.

Si vous n'acceptez pas que vos données soient transmises, les cotisations d'assurance maladie et dépendance que vous avez effectivement versées ne peuvent pas être prise en compte intégralement dans votre déclaration de revenu ; vous pouvez seulement les faire valoir sous la forme d'un montant forfaitaire à titre de charges de prévoyance diverses.

Les cotisations remboursées et les primes distribuées (p.ex. pour le choix du tarif avec franchise) ainsi que les paiements de bonus pour un bon comportement de santé doivent aussi être déclarés. En revanche, les primes payées pour les tarifs au choix et assurances complémentaires ne peuvent pas être communiquées à l'administration fiscale.

Remarque: Les données sont transmises à l'administration fiscale, indépendamment du fait que l'assuré soit imposé sur le revenu ou que celui-ci déclare ses revenus. Si, p.ex., un parent prend en charge les cotisations d'assurance maladie et dépendance de son enfant étudiant, celles-ci peuvent être prises en compte par l'administration fiscale dans la déclaration de revenus du parent.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis. Je vous informerai sans délai de tout changement de situation. | Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Lieu, date | Ort, Datum

Signature | Unterschrift

Veillez joindre les justificatifs nécessaires (certificat de scolarité, contrat de formation professionnelle, etc.).

| Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (Studienbescheinigung, Ausbildungsvertrag, etc.) bei.

Nous vous déchargeons d'une contrainte

Vous pouvez payer par prélèvement bancaire vos cotisations d'assurance maladie et dépendance à la KNAPPSCHAFT. Cela vous procure de nombreux avantages!

Pratique

Les cotisations sont prélevées sur votre compte à la date d'échéance.

Correct

Les cotisations échues sont prélevées régulièrement. Même en cas de maladie ou de vacances, aucun risque d'oubli.

Sûr

Vous pouvez faire annuler sans problème des prélèvements vous paraissant injustifiés. La révocation de votre mandat de prélèvement SEPA est possible à tout moment.

Je souhaite que le paiement de mes cotisations d'assurance maladie et dépendance soit effectué par prélèvement automatique. A cet effet, veuillez me faire parvenir un mandat de prélèvement SEPA. | Ich wünsche, dass die von mir zu entrichtenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift eingezogen werden. Bitte senden Sie mir hierzu ein SEPA-Lastschriftmandat zu.

Je vais effectuer moi-même le virement des cotisations à la KNAPPSCHAFT à la date d'échéance (le 15 du mois suivant). | Ich werde die monatlichen Beiträge zum Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats) selbst an die KNAPPSCHAFT überweisen.

Lieu, date | Ort, Datum

Signature | Unterschrift