

Demande d'affiliation

à l'assurance maladie et dépendance

Französischer Antrag auf Mitgliedschaft für die
Kranken- und Pflegeversicherung**Knappschaft**
Kundenservice
44781 Bochum**Service téléphonique: 0 800 7245 900** (gratuit)
Fax: 0234 97838-80016
Courriel: krankenversicherung@knappschaft.de
www.knappschaft.de**Servicetelefon: 0 800 7245 900** (kostenfrei)
Fax: 0234 97838-80016
E-Mail: krankenversicherung@knappschaft.de
www.knappschaft.de**Oui**, je désire être affilié(e) auprès de la Knappschaft à partir du

Ja, ich möchte ab Mitglied der Knappschaft werden.

DONNÉES PERSONNELLES | PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Madame Frau	<input type="checkbox"/> Monsieur Herr	Numéro d'assurance vieillesse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Rentenversicherungsnummer
Nom Name	Prénom Vorname	Nationalité Staatsangehörigkeit
Date de naissance Geburtsdatum	Lieu de naissance Geburtsort	Nom de naissance Geburtsname
Rue, numéro Straße, Hausnummer	Code postal Postleitzahl	Commune Wohnort
N° de téléphone* Telefonnummer*	Courriel* E-Mail*	<input type="checkbox"/> Oui, je désire m'abonner gratuitement à la newsletter de la Knappschaft. Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der Knappschaft abonnieren.
Situation familiale* Familienstand*:	<input type="checkbox"/> célibataire ledig	<input type="checkbox"/> marié(e) verheiratet
	<input type="checkbox"/> séparé(e) getrennt lebend	<input type="checkbox"/> divorcé(e) geschieden
		<input type="checkbox"/> veuf(ve) verwitwet

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ASSURANCE MALADIE ACTUELLE

ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Je suis depuis le / à partir du auprès de Ich bin seit dem / ab bei der	
Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie Name und Anschrift der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> affilié(e) à titre obligatoire pflichtversichert	<input type="checkbox"/> affilié(e) à titre volontaire freiwillig versichert
<input type="checkbox"/> co-assuré(e) au titre de l'assurance familiale familienversichert	
La résiliation de mon ancienne assurance maladie est intervenue le Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am	
Remarque: pour pouvoir procéder à votre affiliation, veuillez nous faire parvenir la confirmation de la résiliation de votre caisse d'assurance maladie actuelle. Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.	
La confirmation de la résiliation Kündigungsbestätigung	
<input type="checkbox"/> est jointe ist beigefügt	<input type="checkbox"/> sera fournie ultérieurement wird nachgereicht
Je suis assuré(e) depuis le auprès de à titre privé Seit dem bin ich privatversichert bei	Nom de l'organisme d'assurance maladie Name des Krankenversicherungsunternehmens

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SITUATION | ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Je suis | Ich bin

employé(e) | beschäftigt depuis le / à partir de | seit dem / ab _____

Nom et adresse de l'employeur / N° de téléphone | Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

travailleur indépendant | selbständig tätig depuis le | seit dem _____

retraité(e) | Rentner / Rentnerin

étudiant(e) | Student / Studentin

au chômage | arbeitslos depuis le | seit dem _____ et bénéficie/vais bénéficier | und erhalte/erwarte

d'allocations de chômage | Arbeitslosengeld

de l'allocation de chômage II (Hartz IV)*** | Arbeitslosengeld II (Hartz IV)***

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES | WEITERE ANGABEN

Des membres de ma famille devront bénéficier de l'assurance maladie à titre de co-assurés auprès de la Knappschaft, sans cotisation supplémentaire. | Ich habe Familienangehörige, die bei der Knappschaft beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Pour toute précision, vous pouvez me joindre de préférence de _____ heures à _____ heures,

n° de téléphone* _____

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von

Uhr bis

Uhr, Rufnummer*

Date | Datum

Signature | Unterschrift

* Indication facultative (La communication de vos coordonnées est exclusivement destinée à recueillir des informations complémentaires concernant votre situation au regard de l'assurance).

Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

** J'accepte que mes données indiquées ci-dessus soient saisies aux fins précitées et à usage interne par la Knappschaft et que celle-ci les utilise dans le futur. Cet accord peut être révoqué à tout moment. Mes données seront alors radiées. Ces données ne sont en aucun cas transmises à un tiers. Si vous n'êtes pas d'accord, rayez cette clause.

Ich bin damit einverstanden, dass die Knappschaft meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. - Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** Le cas échéant, veuillez joindre les justificatifs de revenus ou avis de prestation.

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.