

Questionnaire d'affiliation à l'assurance familiale

(Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Stand 07/2016

Prénom de l'assuré(e) *Vorname des Mitglieds*

Nom de l'assuré(e) *Name des Mitglieds*

Numéro de sécurité sociale *KV-Nummer*

1. Informations générales sur l'assuré *Allgemeine Angaben des Mitglieds*

Jusqu'à présent j'étais *Ich war bisher*

dans le cadre d'une adhésion individuelle *im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft*

dans le cadre d'une assurance familiale *im Rahmen einer Familienversicherung*

assuré(e) par
versichert bei

Nom de la caisse d'assurance maladie *Name der Krankenkasse*

non assuré(e) par le régime légal d'assurance maladie *nicht gesetzlich krankenversichert*

Situation familiale *Familienstand*

célibataire *ledig*

marié(e) *verheiratet*

séparé(e) *getrennt lebend*

divorcé(e) *geschieden*

veuf/ve *verwitwet*

Partenariat enregistré selon la Loi sur le partenariat – LPart (dans ce cas, les informations sont à remplir dans la rubrique « conjoint(e) »)
Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)

Motif de l'adhésion à l'assurance familiale *Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung*

Début de mon affiliation *Beginn meiner Mitgliedschaft*

Fin de l'affiliation individuelle antérieure du parent *Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen*

Mariage (**Veillez joindre certificat de mariage**) *Heirat (Bitte Heiratsurkunde beifügen.)*

Naissance d'un enfant (**Veillez joindre certificat de naissance**) *Geburt des Kindes (Bitte Geburtsurkunde beifügen.)*

Divers *Sonstiges*

Début de l'assurance familiale

Beginn der Familienversicherung

Pour toute information supplémentaire, je suis joignable durant la journée au

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen

(facultatif)

(freiwillige Angabe)

Adresse e-mail

Meine E-Mail-Adresse lautet

(facultatif)

(freiwillige Angabe)

2. Informations sur les membres de la famille *Angaben zu Familienangehörigen*

Les informations suivantes sont en principe uniquement requises pour les membres de la famille qui doivent être assurés chez nous. **Par dérogation, nous avons besoin d'informations individuelles sur votre conjoint(e)/concubin(e), même si l'assurance familiale doit être exclusivement appliquée à vos enfants.** Dans ce cas, en plus des informations générales, les informations relatives à l'affiliation du/de la conjoint(e)/concubin(e) – dès lors que le/la conjoint(e)/concubin(e) n'est pas assuré(e) légalement et est apparenté(e) aux enfants – ainsi qu'à ses revenus sont nécessaires. A cette occasion, les rentrées d'argent doivent être justifiées à l'aide d'un justificatif de revenus et les suppléments qui sont versés en fonction de la situation familiale ne doivent pas être pris en compte dans les informations relatives aux revenus. *Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/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 Ehepartner/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/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.*

Veillez noter qu'il est légalement interdit de souscrire simultanément à l'assurance familiale auprès d'une autre caisse d'assurance maladie. Pour cette raison, veuillez vous assurer qu'il n'existe aucune double assurance familiale.

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.

3. Informations générales sur les membres de la famille *Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen*

	Conjoint(e) <i>(Ehepartner)</i>	Enfant 1 <i>(Kind 1)</i>	Enfant 2 <i>(Kind 2)</i>	Enfant 3 <i>(Kind 3)</i>
Nom* <i>Name*</i>				
Prénom <i>Vorname</i>				
Sexe <i>Geschlecht</i> (m = masculin <i>männlich</i> , f = féminin <i>weiblich</i> , x = indifférent <i>unbestimmt</i>)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x
Date de naissance <i>Geburtsdatum</i>				
Les cas échéant, adresses des différents membres de la famille <i>ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift</i>				
Lien de parenté de l'assuré par rapport à l'enfant. Veillez joindre un certificat de naissance/livret de famille pour l'enfant à assurer. <i>Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind. Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde/einen Abstammungsnachweis für das zu versichernde Kind bei.</i>	----	<input type="checkbox"/> enfant biologique** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> petit-enfant <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> enfant placé <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> enfant biologique** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> petit-enfant <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> enfant placé <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> enfant biologique** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> enfant d'un autre lit <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> petit-enfant <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> enfant placé <i>Pflegekind</i>
Le conjoint est-il apparenté à l'enfant ? (Veillez uniquement cocher les liens de parenté manquants) <i>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</i>	----	<input type="checkbox"/> non <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> non <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> non <i>Nein</i>

* Si votre conjoint(e)/concubin(e) ou ses enfants porte(nt) un nom différent du vôtre et que vous n'avez pas encore présenté ces documents, veuillez joindre un certificat de mariage ou un livret de famille. *Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner / Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.*

** La désignation « enfant biologique » doit également être utilisée dans le cas d'un enfant adopté *Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden*

4. Informations concernant l'assurance précédente ou en cours des membres de la famille

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Conjoint(e) <i>(Ehepartner)</i>	Enfant 1 <i>(Kind 1)</i>	Enfant 2 <i>(Kind 2)</i>	Enfant 3 <i>(Kind 3)</i>
L'assurance précédente <i>Die bisherige Versicherung</i>				
<ul style="list-style-type: none"> a pris fin le: <i>endete am:</i> auprès de: (Nom de la caisse d'assurance maladie) <i>bestand bei: (Name der Krankenkasse)</i> 				
Nature de l'assurance précédente: <i>Art der bisherigen Versicherung:</i>	<input type="checkbox"/> Affiliation <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Assurance familiale <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> non obligatoire <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Affiliation <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Assurance familiale <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> non obligatoire <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Affiliation <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Assurance familiale <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> non obligatoire <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Affiliation <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Assurance familiale <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> non obligatoire <i>nicht gesetzlich</i>
Au cours des 18 derniers mois, je n'étais affilié(e) à aucune caisse d'assurance maladie en Allemagne. <i>Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Ja Nein</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Ja Nein</i>
Dès lors qu'une assurance familiale existait, inscrire le nom et le prénom de la personne de laquelle émanait l'affiliation à l'assurance familiale. <i>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</i>	Prénom <i>Vorname</i> Nom <i>Name</i>	Prénom <i>Vorname</i> Nom <i>Name</i>	Prénom <i>Vorname</i> Nom <i>Name</i>	Prénom <i>Vorname</i> Nom <i>Name</i>
L'assurance précédente existe encore auprès de: (Nom de la caisse d'assurance maladie/de l'assurance maladie) <i>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)</i>				

5. Informations diverses sur les membres de la famille

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

		Conjoint(e) (Ehepartner)	Enfant 1 (Kind 1)	Enfant 2 (Kind 2)	Enfant 3 (Kind 3)
5.1	Bénéficiaire de l'allocation chômage II? <i>Wird Arbeitslosengeld II bezogen?</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>
5.2	Scolarisation/Études (Pour les enfants de plus de 23 ans, veuillez joindre un certificat de scolarité ou d'études) <i>Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</i>	----	du <i>vom</i> au <i>bis</i>	du <i>vom</i> au <i>bis</i>	du <i>vom</i> au <i>bis</i>
5.3	Service civique ou militaire (Veuillez joindre une attestation de service accompli) <i>Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</i>	----	du <i>vom</i> au <i>bis</i>	du <i>vom</i> au <i>bis</i>	du <i>vom</i> au <i>bis</i>
	Activité indépendante <i>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> oui <i>Ja</i>
5.4	Revenus de l'activité indépendante (mensuels) – Veuillez joindre une copie de l'avis d'imposition sur le revenu en cours <i>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) – Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.5	Rémunération brute provenant d'une activité professionnelle mineure (mensuelle). Veuillez joindre les documents correspondants. <i>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich); Bitte entsprechende Nachweise beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.6	Pension légale, pensions, pension complémentaire, pension étrangère, pensions diverses (montant mensuel). Veuillez joindre les documents correspondants. <i>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte entsprechende Nachweise beifügen</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.7	Revenus mensuels réguliers divers dans l'esprit de la législation en matière d'impôts sur le revenu (par ex. salaire provenant d'une activité qui dépasse le seuil de l'activité mineure, revenus locatifs ou revenus de capital, revenus et l'agriculture et de l'exploitation forestière) <i>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft)</i>	_____ EUR (Nature des revenus) <i>(Art der Einkünfte)</i>	_____ EUR (Nature des revenus) <i>(Art der Einkünfte)</i>	_____ EUR (Nature des revenus) <i>(Art der Einkünfte)</i>	_____ EUR (Nature des revenus) <i>(Art der Einkünfte)</i>

6. Informations pour l'attribution d'un numéro d'assuré aux membres de la famille affiliés

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Conjoint(e) (Ehepartner)	Enfant 1 (Kind 1)	Enfant 2 (Kind 2)	Enfant 3 (Kind 3)
Numéro personnel d'assurance de rente <i>Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)</i>				
Les informations suivantes sont uniquement nécessaires si aucun numéro d'assurance de rente n'a été renseigné. <i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
Nom de naissance <i>Geburtsname</i>				
Lieu de naissance <i>Geburtsort</i>				
Pays de naissance <i>Geburtsland</i>				
Nationalité <i>Staatsangehörigkeit</i>				

Je certifie l'exactitude de ces informations. Je vous informerai immédiatement en cas de changement. C'est notamment le cas lorsque les revenus de mes parents ou d'autres éléments de cet ordre changent (par ex., un nouvel avis d'imposition sur le revenu dans le cadre d'une activité indépendante) ou qu'ils 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 o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.*

Lieu, Date *Ort, Datum*

Signature de l'assuré *Unterschrift des Mitglieds*

Signature du parent bénéficiaire
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

J'atteste par cette signature avoir recueilli le consentement des membres de la famille concernant la remise des informations demandées. *Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.*

Dans le cas de parents vivant séparément, la signature du parent bénéficiaire suffit. *Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.*

Note d'information sur la protection des données (Datenschutzhinweis) (§ 67a Abs. 3 SGB X): Pour l'élaboration de votre assurance familiale, il est nécessaire que vous participiez selon §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V. Les données sont nécessaires pour l'identification (du rapport) du contrat d'assurance (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Les informations de vos coordonnées facultatives sont exclusivement utilisées pour les demandes de précisions sur le rapport de contrat d'assurance..

Assurance familiale

Indications pour le remplissage du questionnaire d'affiliation à l'assurance familiale

Décembre 2012

Veillez noter qu'il est interdit de souscrire parallèlement à une assurance familiale auprès d'une autre caisse d'assurance maladie.

1. Informations générales sur l'assuré:

Dans cette partie du questionnaire, il faut impérativement faire état de la situation familiale actuelle, de la raison et de la date de début de l'assurance familiale.

2. Informations sur les membres de la famille

Particularités lors de l'enregistrement d'un nouvel enfant

Veillez joindre un certificat de naissance/livret de famille pour chaque enfant à assurer.

Enfants handicapés

Les enfants qui, en raison d'un handicap, ne sont pas en mesure de subvenir à leurs propres besoins, seront, sous certaines conditions, assurés sans frais au-delà de leurs 23 ou 25 ans. Veillez fournir un certificat médical.

Particularités des informations relatives au conjoint

Les informations relatives à votre conjoint(e) sont nécessaires même s'il/elle ne doit pas être assuré(e) chez nous. Dans ce cas, nous avons cependant besoin de savoir à quelle caisse d'assurance maladie votre conjoint(e) est assuré(e). (Par ex.: assuré(e) auprès de : nom de l'autre caisse d'assurance maladie ou assuré(e) à titre privé).

Dans le cas où votre conjoint(e) est affilié(e) à une caisse publique d'assurance maladie, nous n'avons besoin d'aucune information concernant ses revenus. Dans le cas où votre conjoint(e) est assuré(e) à titre privé, nous avons besoin d'informations relatives à ses revenus ainsi qu'aux vôtres. Les revenus doivent être justifiés à l'aide de copies (dans le cas d'une activité indépendante, le dernier avis d'imposition sur le revenu, la dernière fiche de salaire, un avis en cours de l'Agence fédérale de l'emploi concernant des prestations).

En revanche, si votre conjoint(e) n'est parent(e) avec aucun des enfants assurés chez nous, aucune information le/la concernant n'est nécessaire. Dans ce cas, veuillez mentionner qu'aucun lien de parenté n'existe avec les enfants.

3. Informations générales sur les membres de la famille

Champ: Lien de parenté de l'assuré avec l'enfant

Inscrivez simplement le lien de parenté vous unissant avec l'enfant, comme par exemple enfant biologique ou enfant d'un autre lit. Lors de l'affiliation d'enfants d'un autre lit ou de petits-enfants, des vérifications supplémentaires sont nécessaires. Nous vous enverrons le questionnaire correspondant dès que nous aurons reçu le questionnaire familial de votre part.

Champ: Le/la conjoint(e) est-il/elle apparenté(e) à l'enfant?

Dans le cas où votre conjoint(e) est apparenté(e) à l'enfant en question, aucune inscription n'est à effectuer dans ce champ. Veillez remplir ce champ uniquement s'il n'existe aucun lien de parenté.

4. Informations concernant l'assurance précédente ou en cours des membres de la famille

Lorsque votre conjoint(e) est ou était affilié(e) à une autre caisse d'assurance maladie, ou que vos enfants étaient affiliés à une autre caisse d'assurance maladie, vous devez obligatoirement remplir ces champs afin d'éviter les doubles assurances.

5. Informations diverses sur les membres de la famille

5.1 Allocation chômage II

Si l'un des membres de votre famille bénéficie de l'allocation chômage II, veuillez cocher cette case et joindre un avis en cours de l'agence pour l'emploi.

5.2 Scolarisation/Études

Pour les enfants de plus de 23 ans, nous avons besoin d'un certificat de scolarité ou d'études en cours. Le certificat de scolarité est délivré par l'école, la plupart du temps par le secrétariat. Les étudiants reçoivent un certificat d'études à chaque début de semestre et doivent toujours nous en envoyer un exemplaire.

5.3 Service militaire ou civique

Dans le cas où votre enfant a effectué un service civique ou militaire, veuillez indiquer la durée de celui-ci dans ce champ et joindre une copie de l'attestation de service accompli (si vous ne l'avez pas déjà fournie dans le cadre de l'une des informations précédentes).

Une assurance familiale ne peut être mise en place que si les plafonds de revenus ne sont pas dépassés. Veuillez inscrire dans les champs suivants les revenus disponibles des membres de votre famille.

5.4 Activité indépendante

Si votre/vos enfant(s) ou votre conjoint(e) exerce une activité indépendante, veuillez cocher cette case. Veuillez également procéder à la déclaration des revenus et joindre l'avis d'imposition sur le revenu en cours. Dans le cas où d'autres points devraient être éclaircis, nous entrerons en contact avec vous.

5.5 Activité professionnelle mineure

Une activité professionnelle mineure est un petit emploi de proximité. Si vous n'êtes pas sûr que l'activité professionnelle exercée par l'un des membres de votre famille est un petit emploi de proximité, renseignez-vous auprès de l'employeur ou envoyez une copie du bulletin de salaire. Veuillez noter qu'aucune activité indépendante ne doit être inscrite dans ce champ. Sur ce point, veuillez vous reporter au paragraphe 5.4.

5.6 Rentes

Veillez indiquer ici si l'un de vos enfants affiliés ou votre conjoint(e) reçoit des revenus provenant de rentes (par ex., rente de survivant, rente de protection). Si tel est le cas, nous avons obligatoirement besoin de copies des documents correspondants, par ex. de l'avis de rente. Les informations et les justificatifs sont également nécessaires en cas de possession de rentes auprès d'organismes d'assurance retraite étrangers.

5.7 Divers revenus réguliers dans l'esprit de la législation en matière d'impôts sur le revenu:

Si vos enfant affiliés ou votre conjoint(e) touchent des revenus divers (par ex. un salaire provenant d'une activité qui dépasse le seuil de l'activité mineure, des revenus locatifs ou des revenus de capital), veuillez l'inscrire dans les champs correspondants. Veuillez également joindre des copies des documents correspondants, par ex. de l'avis d'imposition sur le revenu en cours ou des bulletins de salaires. *En l'absence de revenus réguliers, veuillez simplement barrer ce champ.*

6. Attribution d'un numéro d'assuré

Veillez inscrire ici les numéros d'assurés des membres de votre famille. Si aucun numéro n'a encore été attribué ou que vous ne les avez pas à disposition, veuillez remplir les informations suivantes.

Signatures

Veillez ne pas oublier de confirmer l'exactitude de ces informations à l'aide de votre signature.