

Données personnelles *Persönliche Angaben*

Stand 07/2016

Je choisis d'adhérer à IKK classic

à partir du

Ich wähle die IKK classic ab

(ou dans les meilleurs délais passée cette date.)

Numéro d'assurance maladie

Krankenversicherungsnummer

(see electronic health card, letter + 9 numbers)

Renseignements personnels *Meine persönlichen Daten*

Sexe

Geschlecht

féminin

weiblich

masculin

männlich

Prénom

Vorname

Nom

Name

Rue, Numéro

Straße, Hausnummer

Code postal, Ville

PLZ, Ort

Téléphone (en journée)*

*Telefon (tagsüber)**

E-mail*

*E-Mail**

Date de naissance

Geburtsdatum

Numéro d'assurance vieillesse

Rentenversicherungsnummer

Situation familiale *Familienstand*

célibataire

ledig

marié(e), depuis

verheiratet, seit

divorcé(e), depuis

geschieden, seit

veuf(ve), depuis

verwitwet, seit

Si vous ne possédez pas encore de numéro d'assurance retraite, nous avons besoin des données suivantes

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Lieu de naissance

Geburtsort

Nom de naissance

Geburtsname

Nationalité

Staatsangehörigkeit

Informations relatives au contrat d'assurance *Angaben zum Versicherungsverhältnis*

Je suis

Ich bin

Salarié(e)

Arbeitnehmer

salarié(e) assuré(e) volontairement

freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Apprenti(e)

Auszubildender

independent(e)

selbstständig

Retraité(e)/Demandeur(euse)

Rentner/Rentenantragsteller

Artiste

Künstler

Bénéficiaire de l'allocation chômage ou de l'allocation chômage II**

*Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II***

Travailleur saisonnier, prévu jusqu'au

Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Divers

Sonstiges

(Par ex. étudiant(e), stagiaire, personne en réinsertion)

Nom de l'employeur/agence pour l'emploi/commune

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Rue/Numéro

Straße/Hausnummer

Code postal/Ville

PLZ/Ort

Téléphone

Telefon

Numéro de matricule/de client

Betriebs-/Kundennummer

Par rapport à l'employeur, je suis

Ich bin mit dem Arbeitgeber

marié(e)

verheiratet

apparenté(e)

verwandt

Je reçois une retraite de la caisse de sécurité sociale et des retraites

allemande et/ou une retraite d'un régime légal étranger**

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine

*ausländische gesetzliche Rente***

Je perçois une pension de retraite** (par ex.: pension complémentaire/pension)

*Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)*

Mon assurance actuelle *Meine bisherige Versicherung*

J'étais précédemment

Ich war zuletzt

assuré(e) obligatoirement

pflichtversichert

ayant-droit

familienversichert

assuré(e) volontairement

freiwillig versichert

assuré(e) à titre privé

privat versichert

Au cours des 18 derniers mois, je n'étais affilié(e) à aucune caisse d'assurance maladie en Allemagne.

Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.

du

vom

(Date)

au

bis

(Date)

à la

bei der

(Nom de la caisse d'assurance maladie)

Lors d'un changement de caisse d'assurance maladie, veuillez joindre la confirmation de résiliation. *Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.*

Miscellaneous* *Sonstiges**

Je souhaite affilier les membres de la famille qui ne sont pas eux-mêmes affiliés à une caisse d'assurance maladie publique à l'assurance familiale.

Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Je souhaite participer au programme de bonus d'IKK classic.

Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Je souhaite recevoir des informations concernant les tarifs d'options.

Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahltarifen.

J'accepte que mes données soient utilisées afin d'être informé(e) par IKK classic par téléphone, par fax ou par SMS au sujet des offres en cours dans le domaine de la santé et de l'assurance. J'approuve l'enregistrement et l'utilisation de mes données personnelles dans ce but. Je peux ensuite révoquer cet accord à tout moment auprès d'IKK classic.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten genutzt werden, um von der IKK classic telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Conseiller *Berater*

Date *Datum*

Signature du client *Unterschrift des Kunden*

Note d'information sur la protection des données (Datenschutzhinweis): La collecte de vos données sert à l'élaboration de votre dossier et repose sur l'article 175 en relation avec l'article 284 du livre V du Code social et l'article 50 en relation avec l'article 93 et suivants du livre XI du Code social. Les informations concernant les données marquées de * sont facultatives; à tout moment, vous pouvez interdire l'utilisation ultérieure de ces données auprès d'IKK classic. Aucun transfert des données à un tiers ne sera effectué.

** prière de joindre une attestation comme un avis d'octroi ou une notification de décision relative à une demande de pension ; ou de nous en faire parvenir une ultérieurement

Données personnelles *Persönliche Angaben*

Je choisis d'adhérer à IKK classic

à partir du

Ich wähle die IKK classic ab

(ou dans les meilleurs délais passée cette date.)

Numéro d'assurance maladie

Krankenversicherungsnummer

(see electronic health card, letter + 9 numbers)

Renseignements personnels *Meine persönlichen Daten*

Sexe

Geschlecht

féminin

weiblich

masculin

männlich

Prénom

Vorname

Nom

Name

Rue, Numéro

Straße, Hausnummer

Code postal, Ville

PLZ, Ort

Téléphone (en journée)*

*Telefon (tagsüber)**

E-mail*

*E-Mail**

Date de naissance

Geburtsdatum

Numéro d'assurance vieillesse

Rentenversicherungsnummer

Situation familiale *Familienstand*

célibataire

ledig

marié(e), depuis

verheiratet, seit

divorcé(e), depuis

geschieden, seit

veuf(ve), depuis

verwitwet, seit

Si vous ne possédez pas encore de numéro d'assurance retraite, nous

avons besoin des données suivantes

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Lieu de naissance

Geburtsort

Nom de naissance

Geburtsname

Nationalité

Staatsangehörigkeit

Informations relatives au contrat d'assurance

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Je suis

Ich bin

Salarié(e)

Arbeitnehmer

salarié(e) assuré(e) volontairement

freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Apprenti(e)

Auszubildender

indépendant(e)

selbstständig

Retraité(e)/Demandeur(euse)

Rentner/Rentenanspruchsteller

Artiste

Künstler

Bénéficiaire de l'allocation chômage ou de l'allocation chômage II**

*Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II***

Travailleur saisonnier, prévu jusqu'au

Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Divers

Sonstiges

(Par ex. étudiant(e), stagiaire, personne en réinsertion)

Nom de l'employeur/agence pour l'emploi/commune

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Rue/Numéro

Straße/Hausnummer

Code postal/Ville

PLZ/Ort

Téléphone

Telefon

Numéro de matricule/de client

Betriebs-/Kundennummer

Par rapport à l'employeur, je suis

Ich bin mit dem Arbeitgeber

marié(e)

verheiratet

apparenté(e)

verwandt

Je reçois une retraite de la caisse de sécurité sociale et des retraites

allemande et/ou une retraite d'un régime légal étranger**

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine

*ausländische gesetzliche Rente***

Je perçois une pension de retraite** (par ex.: pension complémentaire/pension)

*Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)*

Mon assurance actuelle *Meine bisherige Versicherung*

J'étais précédemment

Ich war zuletzt

assuré(e) obligatoirement

pflichtversichert

ayant-droit

familienversichert

assuré(e) volontairement

freiwillig versichert

assuré(e) à titre privé

privat versichert

Au cours des 18 derniers mois, je n'étais affilié(e) à aucune caisse d'assurance maladie en Allemagne.

Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.

du

vom

(Date)

au

bis

(Date)

à la

bei der

(Nom de la caisse d'assurance maladie)

Lors d'un changement de caisse d'assurance maladie, veuillez joindre la confirmation de résiliation. *Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.*

Miscellaneous* *Sonstiges**

Je souhaite affilier les membres de la famille qui ne sont pas eux-mêmes affiliés à une caisse d'assurance maladie publique à l'assurance familiale.

Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Je souhaite participer au programme de bonus d'IKK classic.

Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Je souhaite recevoir des informations concernant les tarifs d'options.

Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahltarifen.

J'accepte que mes données soient utilisées afin d'être informé(e) par IKK classic par téléphone, par fax ou par SMS au sujet des offres en cours dans le domaine de la santé et de l'assurance. J'approuve l'enregistrement et l'utilisation de mes données personnelles dans ce but. Je peux ensuite révoquer cet accord à tout moment auprès d'IKK classic.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten genutzt werden, um von der IKK classic telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Conseiller *Berater*

Date *Datum*

Signature du client *Unterschrift des Kunden*

Note d'information sur la protection des données (Datenschutzhinweis): La collecte de vos données sert à l'élaboration de votre dossier et repose sur l'article 175 en relation avec l'article 284 du livre V du Code social et l'article 50 en relation avec l'article 93 et suivants du livre XI du Code social. Les informations concernant les données marquées de * sont facultatives; à tout moment, vous pouvez interdire l'utilisation ultérieure de ces données auprès d'IKK classic. Aucun transfert des données à un tiers ne sera effectué.

** prière de joindre une attestation comme un avis d'octroi ou une notification de décision relative à une demande de pension ; ou de nous en faire parvenir une ultérieurement