

Demande d'affiliation

Oui, je souhaite m'affilier à la caisse maladie BERGISCHE Krankenkasse à partir du _____

Renseignements personnels

Nom, prénom _____ Sexe masculin féminin

Rue et numéro, CP et localité

Téléphone fixe (facultatif) _____ Téléphone portable (facultatif) _____ Date de naissance _____

Adresse e-mail (facultatif) _____ Numéro d'assuré _____

Nom de naissance _____ Lieu de naissance _____ Pays de naissance _____ Nationalité _____ Situation familiale _____

IBAN (pour les remboursements de prestations) _____

Au cours des 18 derniers mois, j'ai été assuré(e) auprès de la caisse maladie suivante

Au cours des 3 dernières années, j'ai souscrit à un tarif optionnel

oui non

Je m'assure auprès de la Bergische Krankenkasse comme suit

Affiliation obligatoire Affiliation volontaire en tant que _____

Je perçois une pension (joindre une copie de l'avis de pension retraite.)

oui non

J'exerce une activité indépendante

oui non

La cotisation est versée par

Employeur Moi-même Caisse sociale des artistes

Mon conjoint est lui-même assuré et affilié à

(Indication facultative)

J'ai découvert la BERGISCHE Krankenkasse grâce à

(Indication facultative, par ex. journée d'action, employeur, intermédiaire y compris nom et numéro de conseiller, Internet, recommandation de, autre)

Mon employeur (ou université, établissement de formation, etc.)

Nom _____ Interlocuteur _____ Numéro d'identification _____

Rue et numéro, CP et localité

Téléphone _____ M'emploie comme _____ Lieu de travail _____

Veuillez nous faire parvenir votre **confirmation de résiliation** en même temps que votre demande d'affiliation.

Note : en principe, la couverture de l'assurance dépendance commence avec l'assurance maladie.

Les données sont traitées aux fins de l'exécution de nos tâches conformément à l'article 284, paragraphe 1 du SGB V (Livre V du Code social allemand) et à l'article 94, paragraphe 1 du SGB XI. En vertu des articles 198 à 206 du SGB V, vous êtes tenu(e) de fournir ces données. Vous trouverez des informations générales sur le traitement des données et sur vos droits sur le site www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz ou elles vous seront remises sur demande. Je peux m'opposer au traitement de mes données fournies à titre volontaire sans que cela n'ait de conséquences négatives pour moi. Je peux également retirer mon consentement à tout moment avec effet pour l'avenir. Je suis informé(e) que cela ne compromet pas la licéité du traitement effectué sur la base de ce consentement avant le retrait de celui-ci. Je peux adresser ma déclaration de retrait du consentement à BERGISCHE Krankenkasse, 42715 Solingen.

Préparé pour une enveloppe à fenêtre

BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Lieu, date, signature

Marketing

Pour traitement interne / numéro de conseiller