

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum Datum TTMMJJJJ Mitglied der VIActiv Krankenkasse werden.

Meine persönlichen Daten

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Titel, Name | | Vorname | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Geburtsname | | Geburtsort | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Geburtsdatum | TTMMJJJJ | Staatsangehörigkeit | |
| | | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Straße | | Hausnummer | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ | Ort | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Telefon | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| E-Mail | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft | | | |

Angaben zu meinem Versicherungsverhältnis

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ich bin beschäftigt | <input type="checkbox"/> ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> mein monatliches Bruttoentgelt beträgt bis zu 538,- Euro (Minijob) |
| <input type="checkbox"/> ich bin in Ausbildung | <input type="checkbox"/> ich studiere | <input type="checkbox"/> ich bin selbstständig |
| <input type="checkbox"/> ich beziehe Rente | <input type="checkbox"/> ich beziehe Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> ich beziehe Bürgergeld |
| | | <input type="checkbox"/> mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (jährlich 69.300 Euro – Stand 2024) |
| <input type="text"/> | | |
| Name des Arbeitgebers | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Straße | | Hausnummer |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ | Ort | beschäftigt seit |
| | | TTMMJJJJ |

Ich war zuletzt versichert

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|--|---|--|----------------------|--|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Name der Krankenkasse/Krankenversicherung | | von | TTMMJJJJ | bis | TTMMJJJJ | | |
| <input type="checkbox"/> pflicht-versichert | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> nicht gesetzl. versichert | <input type="checkbox"/> familienversichert | <input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland | | |
| <input type="checkbox"/> Es sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu. | | | | | | | |

Grund für den Kassenwechsel

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mein Versicherungsstatus ändert sich. (z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.) | <input type="checkbox"/> Mein Versicherungsstatus ist unverändert. (Bitte informieren Sie meine Vorkasse über meinen Kündigungswunsch.) |
|--|--|

Meine Unterschrift

Datenschutzrechtliche und werberechtliche Einwilligungserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die VIActiv Krankenkasse meine angegebenen personenbezogenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich sowohl über die Vorteile einer Mitgliedschaft als auch zum Zwecke der Werbung und/oder Marktforschung schriftlich, telefonisch oder per E-Mail zu informieren und zu beraten.
- Bitte beachten Sie, dass die Abgabe Ihrer Willenserklärung zur einer kostenpflichtigen / beitragspflichtigen Mitgliedschaft führt.

X

Datum und Unterschrift

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter www.viactiv.de/datenschutz.

Nur für interne Zwecke

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. | MA – 8i-Kennung | Referenz GP Nr. | Adr.-Quelle-Spez. |

