

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"/>	Geburtsland		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Staatsangehörigkeit	weiblich	männlich	divers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße					Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<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"/>				
Straße				
<input type="text"/>				
Hausnummer				
<input type="text"/>				
PLZ	Ort		beschäftigt seit	TTMMJJJJ

Ich war zuletzt versichert

<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"/>
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

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr.

MA – 8i-Kennung

Referenz GP Nr.

Adr.-Quelle-Spez.

