

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.
Datum TTMMJJJJ

Meine persönlichen Daten

Titel, Name Vorname

Geburtsname Geburtsort Geburtsland

weiblich männlich divers

Geburtsdatum TTMMJJJJ Staatsangehörigkeit

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Familienstand: ledig verheiratet Lebenspartnerschaft

Angaben zu meinem Versicherungsverhältnis

ich bin beschäftigt ich bin freiwillig versichert mein monatliches Bruttoentgelt beträgt bis zu 538,- Euro (Minijob)

ich bin in Ausbildung ich studiere ich bin selbstständig

ich beziehe Rente ich beziehe Arbeitslosengeld ich beziehe Bürgergeld mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (jährlich 69.300 Euro – Stand 2024)

Name des Arbeitgebers

Straße Hausnummer

PLZ Ort beschäftigt seit TTMMJJJJ

Ich war zuletzt versichert

Name der Krankenkasse/Krankenversicherung von TTMMJJJJ bis TTMMJJJJ

pflicht-versichert privat freiwillig nicht gesetzl. versichert familienversichert Zuzug aus dem Ausland

Es sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.

Grund für den Kassenwechsel

Mein Versicherungsstatus ändert sich. (z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.) 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.

