

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

## Ich war zuletzt versichert

|   |                                 |                                     |  |   |  |     |  |                      |  |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|--|---|--|-----|--|----------------------|--|
| <input type="text"/>  |                                 | von                                 |  | <input type="text"/>                        |  | bis |  | <input type="text"/> |  |
| Name der Krankenkasse/Krankenversicherung   |                                 |                                     |  | TTMMJJJJ                                    |  |     |  | 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.<br>(z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.) | <input type="checkbox"/> Mein Versicherungsstatus ist unverändert.<br>(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](http://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.    |

Art. 0010040000 (02/24)

