

# MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum  Datum  TTMMJJJJ Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.

## Meine persönlichen Daten

Titel, Name  Vorname

Geburtsname  Geburtsort  Geburtsland

Geburtsdatum TTMMJJJJ  Staatsangehörigkeit  weiblich  männlich  divers

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 556,- 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 73.800 Euro – Stand 2025)

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.

**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

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr.  MA – 8i-Kennung  Referenz GP Nr.  Adr.-Quelle-Spez.

