

# 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	Geburtsland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Staatsangehörigkeit	weiblich männlich divers
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Straße			Hausnummer
<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"/>
Straße			Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
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](http://www.viactiv.de/datenschutz).

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

Art. 0010040000 (02/24)

