

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"/> TTMMJJJJ	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
<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 556,- 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 73.800 Euro – Stand 2025) |

<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

<input type="text"/>	von	<input type="text"/> TTMMJJJJ	bis	<input type="text"/> TTMMJJJJ
Name der Krankenkasse/Krankenversicherung				

- 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.

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.

