

# 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                 |
|   |                      | <input type="checkbox"/> | 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

|   |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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

|                                  |                      |                      |                      |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. | MA – 8i-Kennung      | Referenz GP Nr.      | Adr.-Quelle-Spez.    |

