

MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum Datum TTMMJJJJ Mitglied der VIActiv Krankenkasse werden.

Meine persönlichen Daten

<input type="text"/> <small>Titel, Name</small>		<input type="text"/> <small>Vorname</small>		
<input type="text"/> <small>Geburtsname</small>		<input type="text"/> <small>Geburtsort</small>	<input type="text"/> <small>Geburtsland</small>	
<input type="text"/> <small>Geburtsdatum</small> <small>TTMMJJJJ</small>	<input type="text"/> <small>Staatsangehörigkeit</small>	<input type="checkbox"/> <small>weiblich</small>	<input type="checkbox"/> <small>männlich</small>	<input type="checkbox"/> <small>divers</small>
<input type="text"/> <small>Straße</small>				<input type="text"/> <small>Hausnummer</small>
<input type="text"/> <small>PLZ</small>	<input type="text"/> <small>Ort</small>			
<input type="text"/> <small>Telefon</small>				
<input type="text"/> <small>E-Mail</small>				
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"/> <small>Name des Arbeitgebers</small>		
<input type="text"/> <small>Straße</small>		
<input type="text"/> <small>PLZ</small>	<input type="text"/> <small>Ort</small>	<input type="text"/> <small>beschäftigt seit</small> <small>TTMMJJJJ</small>

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.

<input type="text"/> <small>Nur für interne Zwecke</small>	<input type="text"/> <small>Vertriebspartner-/Vermittler-Nr.</small>	<input type="text"/> <small>MA – 8i-Kennung</small>	<input type="text"/> <small>Referenz GP Nr.</small>	<input type="text"/> <small>Adr.-Quelle-Spez.</small>
--	--	---	---	---

